



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

DIPARTIMENTO DI ECONOMIA, SOCIETÀ, POLITICA

CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA IN ECONOMIA, SOCIETÀ, DIRITTO

Curriculum Sociologia – Governance, partecipazione sociale e cittadinanza

CICLO XXXI

Ingenerare salute. Il processo di costruzione sociale della salute nell'interazione complessa delle reti locali. Indagine situata su due studi di caso a Napoli e Barcellona

Settore Scientifico Disciplinare: SPS/07

RELATRICE

Chiar.ma Prof. ssa Fatima FARINA

DOTTORANDA

Dott. ssa Bruna MURA

CORRELATRICE

Chiar.ma Prof.ssa Emanuela SUSCA

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

Sommario

Introduzione	4
CAPITOLO 1.....	9
1.1 – Salute, società, paradigmi.....	9
1.2 – Critiche alla biomedicina	18
1.3 – Critiche femministe	31
1.4 – Esempi storici di medicina sociale	40
1.5 - Elementi ricorrenti.....	54
CAPITOLO 2.....	64
2.1 – Evoluzione del concetto di salute nelle istituzioni internazionali	64
2.2 – Il sistema sanitario italiano e campano	78
2.3 – Il sistema sanitario spagnolo e catalano.....	91
2.4 – Movimenti e nuove teorizzazioni	101
2.5 – Punti di partenza e nodi da sciogliere.....	112
CAPITOLO 3.....	119
3.1 – Introduzione metodologica	119
3.2 – Uno sguardo situato	132
3.3 – La ricerca sul campo: aspetti generali	139
3.4 – La ricerca sul campo: interviste e campione	148
CAPITOLO 4.....	154
4.1 – Descrizione del caso di Napoli. Contesto sociale e geografico.....	154
4.2 – Presentazione delle esperienze attive nel centro storico di Napoli. La loro genealogia nel loro sguardo.....	169
4.3 – Relazioni tra le esperienze, reti locali e istituzioni	182
4.4 – Partecipazione attiva, iniziative e proposte innovative.....	193
4.5 – Quale idea di salute? Quali linguaggi?.....	203
4.6 – Riflessioni parziali	210
CAPITOLO 5.....	219
5.1 – Descrizione del caso di Barcellona. Metodi, contesto e campione	219
5.2 – Presentazione dell’esperienza del Piano comunitario di Poble Sec e sue origini.....	230
5.3 – Relazioni con le istituzioni e con le associazioni formali e informali del quartiere	241
5.4 – Partecipazione dei cittadini, iniziative e proposte innovative.....	250
5.5 – Quale idea di salute? Chi l’ha promossa?.....	258
5.6 – Riflessioni parziali	267
Riflessioni conclusive e domande aperte	273

Bibliografia.....	293
Sitografia.....	305

Ti ricordi Nina
il vecchio girotondo
nella campagna chiara
di mezza primavera
per far crescere il grano
pregavi un dio lontano
un dio che non si paga:
e ti chiamaron maga.

Ti ricordi Nina
quando arrivò l'estate
il tuo parlar col cielo
con l'erba e con il melo
il tuo gridare ai lampi
il tuo fuggir nei campi
quando la notte canta:
e ti chiamaron santa.

Ti ricordi Nina
la luce dell'inverno
le case erano tane
per spartirsi la fame
tu stavi in mezzo al gelo
e bestemmiavi il cielo
con gli occhi di chi prega:
e ti chiamaron strega.

Ti ricordi Nina
il medico in paese
venuto da lontano
col suo camice bianco
ed un sorriso stanco
inutile e tagliente
come la vecchia latta:
e ti chiamaron matta.

Gianni Nebbiosi, *Ti ricordi Nina*

Introduzione

Non solo la saggezza popolare ci dice che “Quando si ha la salute, si ha tutto”, e persino “chi ha la sanità è ricco e non lo sa”, ma addirittura viene attribuita ad Arthur Schopenhauer la massima “La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente”. Emerge da queste poche proverbiali parole la diffusa convinzione che la salute sia un bene fondamentale, addirittura superiore a tutto il resto e unica condizione necessaria ad una buona vita.

Ma se si continua a cercare tra gli adagi più diffusi, si scopre che vi sono anche svariate indicazioni, più o meno colorite, sui comportamenti da tenere per mantenersi in salute cosa che, con un po' di ironia, spesso significa stare lontani dai medici... come non citare il famoso “una mela al giorno toglie il medico di torno”? Ma sono molti i proverbi¹ che mostrano come i dottori sembrano non godere di buona fama nella cultura popolare (vi sarebbe, tra gli altri, l'idea per cui “intanto che il medico studia, il malato muore”).

Non si vuole rischiare qui di sovrainterpretare questi modi di dire le cui origini sono variegata e complesse da ricostruire, ma cosa racchiudono questi proverbi? Che cosa se ne può trarre? C'è da un lato un'idea di salute non proprio definita, ma intesa come bene supremo che, quindi, non mera assenza di malattia, ma anzi la base di una vita ricca, una *buona vita*. Dall'altra vi è una latente diffidenza nei confronti di coloro i quali sono investiti nelle nostre società del compito di far mantenere o far recuperare la salute, i medici.

Non resta che addentrarsi nel concetto di salute, nelle sue evoluzioni ed implicazioni sociali, con la convinzione che questo sia un punto di osservazione privilegiato per indagare processi di trasformazione profondi che hanno ricadute immediate sulle vite di ciascuno. In questo senso scrivere il presente lavoro è stato uno stimolo utile a sistematizzare gli elementi emersi nel corso della ricerca di questi ultimi tre anni, ma anche a organizzare le riflessioni che hanno accompagnato il contesto dottorale così come gli approfondimenti non accademici.

Il titolo scelto, “Ingenerare salute” nasce dalla volontà di restituire l'intreccio tra le due principali componenti da cui sono scaturite le riflessioni su cui poggia il presente lavoro. Con questo gioco di parole si è voluto evidenziare fin da subito lo sguardo di genere che ha accompagnato la ricerca e al contempo interrogare l'espressione “fare salute”, che rappresenta l'altro filo conduttore di questo studio, ma anche sottolineare le potenzialità che si sprigionano mettendo in dialogo *genere* e *salute*. Nell'intenzione di chi scrive vi è anche la volontà di associare più profondamente il portato di questi

¹ Le espressioni e i proverbi sono riportati in Lapucci C., Dizionario dei proverbi italiani, Mondadori, Milano 2007 e Schwamenthal R. Straniero M.L., Dizionario dei proverbi italiani e dialettali, BUR, Milano 2005.

due concetti per mettere a verifica se e come l'introduzione di uno sguardo di genere nelle fasi di costruzione di una nuova idea di salute permetta una trasformazione complessiva di ciò che viene percepito come benessere.

Sono stati tre gli elementi attraverso cui si è provata a vagliare questa ipotesi e cioè il ruolo delle istituzioni politiche e sanitarie locali, l'impatto della crisi economica e delle politiche di austerità nelle città metropolitane ed il ruolo delle reti territoriali informali. Cercando quindi di intercettare le potenzialità trasformatrici presenti nei contesti locali, si è scelto di concentrare l'attenzione su due situazioni distinte: da un lato quella offerta dalle variegate esperienze di intervento sulla salute nate in seno ai movimenti sociali napoletani nel corso degli ultimi anni, e dall'altro quella fornita dall'introduzione a Barcellona di progetti di salute comunitaria promossi dall'Agenzia di Salute Pubblica della città catalana.

La scelta di utilizzare un approccio di genere nasce non solo da motivazioni scientifiche ma anche da dati di esperienza. L'idea di questa ricerca nasce infatti ascoltando la presentazione di un libro, *Medici senza camice*, che era stata organizzata da un collettivo femminista a Padova nel maggio 2015. La preparazione di quella discussione attraverso testi del femminismo storico e le analisi proposte dagli autori durante il dibattito hanno significativamente contribuito ad incentivare un interesse, quello per l'intreccio tra salute e pensiero femminista, che era già presente a seguito dal lavoro di ricerca sull'evoluzione dei consultori familiari compiuto per la stesura della tesi di laurea magistrale. Scoprire la decisione degli autori di affrontare il tema della formazione medica e del ruolo sociale della medicina attraverso un confronto collettivo, insieme alle conclusioni cui erano giunti, è stata occasione per cogliere nei contenuti, nei linguaggi e nelle pratiche, delle connessioni e dei punti in comune con le riflessioni fatte storicamente dai movimenti delle donne sul rapporto tra corpi, salute e costruzioni sociali. Dal desiderio di verificare quella prima impressione e dare corpo a questi punti in comune è nato il presente lavoro.

È stato assunto negli studi degli ultimi decenni (Dahlgren e Whitehead, 1993; IFTF - Centers for Disease Control and Prevention, 2010) che i fattori che incidono sullo stato di salute sono solo in minima parte dipendenti da fattori sanitari e che è necessario considerare anche elementi psicologici, sociali e di contesto. Anche a livello istituzionale internazionale il modello dei determinanti sociali di salute ha preso piede negli ultimi decenni (CSDH, 2008), ma questo sembra riflettersi poco nelle politiche sulla salute interne ed esterne ai servizi sanitari. Vi è piuttosto una progressiva tendenza ad introdurre nella sanità valutazioni di tipo aziendalistico che, affiancate ad un contesto sociale,

economico e politico in cui le disuguaglianze sociali aumentano², stanno mettendo a dura prova la tenuta dei servizi sanitari universalistici da un lato, ma anche l'accesso al diritto alla salute intesa nella sua accezione più generale. Sono alcune domande in particolare a guidare la riflessione su questo punto e cioè cosa significa universalità del diritto alla salute nelle società di oggi? In che modo si articola il rapporto tra salute e sanità alla luce delle trasformazioni che sono intervenute su entrambi i fattori?

Molti studi hanno anche approfondito il fatto che la salute, così come la malattia, siano socialmente definite e costruite (Foucault 1963; Canguilhem, 1966; Tognetti Bordogna, 1989; Ingrosso, 1994; Quaranta e Ricca, 2012) e dunque si modifichi la loro percezione nel corso del tempo e in diversi contesti geografico-sociali. Diventa perciò rilevante comprendere come considerazioni diverse di cos'è salute e di cos'è malattia incidano sugli strumenti di cui le società si dotano per farvi fronte.

Alla luce di queste considerazioni si è ritenuto necessario affrontare il tema della costruzione sociale della salute con la consapevolezza che non è possibile farlo da una prospettiva neutra, ma anzi è necessario comprendere e scegliere da quale posizionamento la si osserva. Nel momento in cui si assume la salute come una condizione di benessere generale della persona e delle società e si individuano nelle disuguaglianze sociali i limiti principali alla possibilità di raggiungerlo, ne consegue che la stessa idea di benessere, salute, qualità della vita è costruita culturalmente.

È in questo senso che un approccio di genere permette di aggiungere spunti innovativi alla riflessione sui processi di definizione della salute proprio perché contribuisce a decostruire l'idea di un cittadino neutro, ma anzi costringe a guardare la salute, la malattia e le disuguaglianze sociali che su di esse incidono a partire da corpi incarnati e dalle relazioni di potere che influiscono su tutto questo (Ehrenreich e English, 1973; Boston Women's Health Book Collective, 1970; Pitch, 1998). Approfondire il ragionamento costringe anche a prendere in esame i rapporti tra i saperi che agiscono entro questo ambito e dunque a ragionare sul rapporto tra saperi esperti, in particolare quelli provenienti dalla biomedicina, e saperi esperienziali che ciascuno e ciascuna ha sul proprio corpo e che, evidentemente, assumono un ruolo diverso se si parte dal presupposto che la salute dipenda solo in minima parte da fattori biologici³. Diventa dunque necessario comprendere chi e fino a che punto ha diritto di parola sulla salute, propria e della collettività di cui fa parte in modo tale che ciascuno possa riconoscere il proprio ruolo rispetto al benessere generale. Questo significa soprattutto

² Si veda ad esempio l'ultimo rapporto Oxfam International "Bene pubblico o ricchezza privata", gennaio 2019 <https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2019/01/bp-public-good-or-private-wealth-210119-en.pdf>

³ Si vuole evidenziare qui come nel corso degli ultimi anni anche nell'alveo della biomedicina abbia fatto breccia il riconoscimento delle differenze fisiologiche tra maschi e femmine andando a delineare la branca della cosiddetta medicina di genere.

modificare l'idea di una responsabilizzazione individuale relativamente alle proprie abitudini di vita, per concentrare l'attenzione sulle relazioni e i rapporti di cura reciproci.

Per approfondire questi interrogativi si è proceduto raccogliendo elementi interdisciplinari che spaziano tra gli studi di genere ed in particolare i contributi forniti dai movimenti delle donne in rapporto alla salute (Joudan, 1978; Ergas, 1986; Percovich, 2005), la sociologia della salute (Tognetti Bordogna, 1989; Cardano 1998 e 2015; Ingrosso 2015), l'antropologia medica a partire dal contributo all'intersezionalità (Quaranta e Ricca, 2012; Pizza, 2005), la sociologia economica per quanto riguarda l'evoluzione del welfare state (Kazepov e Carbone, 2018) e la scienza politica soprattutto per ciò che hanno significato i processi di istituzionalizzazione della salute (Bert, 1974; Pitch, 1998). Questi spunti sono stati utilizzati per osservare le pratiche messe in atto da chi sta ragionando su questi temi e sulla salute nei propri territori attraverso sperimentazioni di ambulatori autogestiti o comitati in difesa della sanità pubblica o, ancora, con progetti inseriti in un quadro di intervento istituzionale, ma che opera da una prospettiva non necessariamente sanitaria né accademica. Per ricostruire gli elementi utili ai fini di questo studio è stato utilizzato un approccio di tipo qualitativo in particolare con la realizzazione di interviste semistrutturate ad attori sociali attivi a Napoli e a Barcellona a cui sono stati affiancati diversi momenti di osservazione diretta.

Gli studi su queste esperienze, soprattutto da una prospettiva di genere, sono ancora limitati in particolare nel panorama italiano e dunque con questo lavoro di ricerca si è voluto provare non tanto a mettere una parola conclusiva sul tema, che di per sé stesso è in trasformazione continua, ma piuttosto far emergere nuovi interrogativi su come si sta sviluppando l'idea di salute oggi e come viene progressivamente applicata nei diversi contesti.

Il lavoro che segue è stato strutturato in due parti, una prima di inquadramento teorico dei principali temi considerati ed una seconda parte di analisi dei casi studiati.

In dettaglio, il primo capitolo racchiude le teorizzazioni sulla salute elaborate entro il contesto della medicina critica e dei movimenti femministi a partire dal lavoro fatto negli anni Settanta per arrivare alle riflessioni odierne. Si è voluta mantenere fin dalle prime battute l'attenzione alle pratiche che hanno accompagnato le posizioni critiche considerate e dunque si sono qui riportati alcuni esempi concreti di sperimentazione delle ipotesi teoriche proposti in diversi contesti italiani fino alla prima metà degli anni Ottanta.

Il secondo capitolo si concentra sull'evoluzione del concetto di salute in rapporto alle istituzioni nazionali ed internazionali. In questo modo si vuole aprire uno sguardo sulle evoluzioni dei sistemi sanitari italiano e spagnolo provando contestualmente a restituire le implicazioni sociali dei principali

passaggi che le hanno contraddistinte. Si sono volute richiamare in questo capitolo anche le elaborazioni teoriche compiute nel corso degli ultimi anni da alcuni network internazionali che raccolgono movimenti sociali attivi sul tema della salute in tutto il mondo, quali ad esempio il People's Health Movement.

Con il terzo capitolo si è inteso fornire un inquadramento metodologico al lavoro svolto sul campo a partire da un prospetto dei concetti utilizzati e delle aree tematiche interessate dalla ricerca per poi dare spazio ad alcune considerazioni sulla riflessività e sul metodo femminista e concludendo con il dettagliare gli aspetti più operativi dell'indagine svolta. Si è voluta concentrare qui la descrizione delle tecniche e del campione complessivo per lasciare spazio nei successivi capitoli all'approfondimento dei singoli casi.

La parte analitica di questo lavoro si apre con il caso napoletano, al capitolo quattro, in cui si prendono in esame alcune esperienze prodotte da movimenti sociali e aggregazioni informali di cittadini che lavorano da anni sul tema della salute e che, con prospettive diverse tra loro, hanno avviato ambulatori autogestiti o hanno scelto di interagire con il servizio sanitario pubblico rivendicando il diritto all'accesso in un contesto complesso come quello campano.

Il quinto capitolo analizza invece l'esperienza barcellonese del progetto "Salute nei quartieri" promosso dall'Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona concentrando l'attenzione sul Piano di sviluppo comunitario elaborato nel quartiere Poble Sec.

Sarà poi nelle ultime pagine il momento in cui tirare le fila di questo lavoro dando spazio alle riflessioni elaborate intorno ai principali concetti presi in esame e alle ipotesi alla base della ricerca. Facendo interagire le riflessioni teoriche richiamate nella prima parte di questo testo con quanto emerge dalle esperienze pratiche che si stanno sviluppando oggi nei contesti studiati emergeranno infine nuovi interrogativi e domande di ricerca, considerazioni e spunti per nuovi approfondimenti sul tema.

Questo lavoro non sarebbe stato possibile senza il supporto di molte persone che a Barcellona e a Napoli si sono rivelate non solo una preziosa fonte di conoscenze permettendo di cogliere sfumature importanti del contesto, ma anche uno spazio di affettuoso supporto. Anche questo ha contribuito al convincimento che le relazioni sociali possano essere un potente spazio di arricchimento, non solo di contenuti, ma di benessere.

Non resta ora che cominciare questa esplorazione per provare a capire con quale salute "si ha tutto".

“Sapete voi quanti siano gl'impedimenti dirimenti?”
"Che vuol ch'io sappia d'impedimenti?"
"Error, conditio, votum, cognatio, crimen,
Cultus disparitas, vis, ordo, ligamen, honestas,
Si sis affinis,..." cominciava don Abbondio,
contando sulla punta delle dita.
"Si piglia gioco di me?" interruppe il giovine.
"Che vuol ch'io faccia del suo latinorum?"

Alessandro Manzoni, *I promessi sposi*

1.1 – Salute, società, paradigmi

Interrogarsi sul significato di salute significa innanzitutto problematizzare il dualismo con il suo antagonista “malattia” per poi calare entrambi, o per meglio dire, la gamma di possibilità tra i due, nel contesto sociale in cui assumono significato. Per poter fare questo è necessario attraversare molti ambiti disciplinari, raccogliere gli spunti di chi, entro riflessioni volte ad affrontare problemi anche lontani tra loro, si è soffermato a sviscerare queste sollecitazioni a partire dal proprio punto di vista. È la stessa categoria di salute quella su cui concentrare l’attenzione per definire cosa significa, oggi, rivendicare il “diritto alla salute”, quali sono i mezzi con cui questo può essere fatto. Alla base del presente lavoro di ricerca ci sono due elementi fondamentali: da un lato i numerosi contributi teorici che su questi temi si sono interrogati in una prospettiva critica, e dall’altro l’ipotesi che non sia possibile dare definizioni esaustive e trascendenti di questi concetti perché essi possono prendere forma solo quando sono inseriti in un contesto sociale che li orienta. Se questa ipotesi risultasse valida, il passaggio successivo dovrebbe essere quello di delimitare il quadro in cui la salute è inserita (Huber et al., 2011). Si tratta di mettere in rilievo quali sono le implicazioni sociali che soggiacciono all’idea di salute di senso comune in un determinato contesto ed in un momento storico preciso. Il tema dunque è quello di una revisione epistemologica della categoria di salute attraverso i suoi aspetti multidimensionali (Biancheri e Cervia, 2016: p. 9).

Sono stati numerosi i contributi teorici che hanno articolato un quadro composito entro cui si ravvisa che concetti quali *salute* e *malattia*, spesso percepiti come elementi assoluti, siano in realtà costruiti socialmente e, dunque, in quanto tali, fortemente condizionati dal contesto sociale, economico e politico in cui e da cui vengono elaborati. Le stesse trasformazioni sociali influiscono sulla percezione

che comunemente si ha di cosa è *salute* e cosa è *malattia*, mentre gli apparati costruiti per intervenire in quest'ambito, e nello specifico i sistemi sanitari, oltre ad essere un prodotto dell'impostazione culturale, sono dispositivi che lo riproducono.

Siamo spesso portati a pensare la salute come una condizione di "normalità" e la malattia come alterazione di questo stato e dunque a non riconoscere rilievo sociale alla condizione di salute se non per sottrazione, ma in realtà, come scrive Canguilhem nel 1988, entrambe le condizioni influiscono sulle relazioni sociali entro cui siamo immersi:

"Questa salute libera [non condizionata, non contabilizzabile] non è oggetto d'attenzione per chi si dica o si creda uno specialista della salute. L'igienista si impegna a governare una popolazione. Non ha a che fare con individui. La salute pubblica è una definizione contestabile. Salubrità sarebbe meglio. Ciò che è pubblico, pubblicato, è assai spesso la malattia. Il malato chiede aiuto, attira l'attenzione, è dipendente. L'uomo sano, invece, colui che si adatta silenziosamente ai propri compiti, che vive la verità della sua esistenza nella libertà relativa delle proprie scelte, è presente nella società che l'ignora. La salute non è soltanto la vita nel silenzio degli organi, è anche la vita nella discrezione dei rapporti sociali. Se dico di star bene, blocco subito, prima ancora che vengano formulate, domande stereotipate. Se dico di star male, le persone invece vogliono sapere perché e come, si domandano e mi domandano se godo di una qualche copertura sanitaria." (Canguilhem, 2007: pp. 30-31)

Lo stesso autore riteneva che la caratteristica principale della condizione di malattia fosse espressione di "una certa dipendenza dall'ambiente". Proprio la perdita di libertà è la sua caratteristica principale e quindi, per contrapposizione, la salute viene descritta come "la garanzia di poter andare oltre i propri limiti (esuberanza)". Dunque, per Canguilhem, se il malato può sopravvivere "solamente in un ambiente limitato protetto e monotono, [...] un uomo sano può muoversi in qualunque ambiente." (Canguilhem, 2007: pp. 89-90). Dunque, la salute è "capacità normativa", è la possibilità per il soggetto di interagire con il contesto in cui si trova creando norme nuove rispetto alla condizione di "normalità" in cui si trova. (Canguilhem, 2007)

Emerge chiaramente da questi elementi anche la stretta relazione tra la dimensione sociale e culturale del contesto con l'elaborazione soggettiva della propria condizione di malattia. Come messo in evidenza da Quaranta e Ricca (2012), il significato soggettivo di benessere e malessere è connesso al contesto culturale di provenienza del paziente attraverso l'incorporazione di una serie di segni e alla riarticolazione personale dei codici culturali da parte dei singoli (p. 63).

Se dunque gli stati di salute e malattia dipendono e al tempo stesso hanno implicazioni così rilevanti per la dimensione sociale entro cui ci si trova a vivere, la scienza che si occupa di governare gli stati di malattia, e cioè la medicina, non può che essere a sua volta in stretto rapporto con la dimensione sociale. Alla necessità di una presa in esame congiunta di questi elementi anche in ambito medico sembra richiamare l'antropologo Good: "[...] è un'operazione meschina quella di consolidare una presunta opposizione tra la scienza e la cultura all'interno della medicina, pensare che la "competenza" e il "prendersi cura" stiano in relazione di mutua esclusione o di reciproca svalutazione" (Good, 1996). Un ulteriore passo avanti lo si ritrova in Leonzi, quando ritiene che l'universo della cura e della terapia non sia riuscito a sottrarsi alla "colonizzazione" del mondo della vita e a evitare la frattura tra "culture esperte e saperi profani." (Leonzi, 1999: pp. 19-20).

Se cenni a questi temi si trovano nella letteratura sociologica fin dai suoi primi passi, il primo riferimento ufficiale della nascita della sociologia della medicina viene fatto risalire alla pubblicazione, nel 1951, de "Il sistema sociale" di Parsons. Come evidenzia Tognetti Bordogna⁴, il percorso che ha portato alla nascita di quella che oggi viene definita sociologia della salute, affonda le proprie radici nello studio di queste tematiche da un punto di vista sanitario, concentrando inizialmente lo sguardo sulla malattia, sull'organizzazione dei sistemi sanitari, sulle relazioni di cura per poi progressivamente aprirsi a definizioni più estese, di benessere complessivo:

"Lo spostamento dell'attenzione dalla sola malattia e del suo apparato di cura, a quello della salute caratterizza il passaggio dalla sociologia della e nella medicina alla sociologia della salute. La sociologia della salute segna di fatto un mutamento sostanziale di prospettiva in cui l'individuo assume un ruolo centrale e attivo sia nella malattia che nella salute, invece della passività del *sick role*. Diviene poi centrale agire per il mantenimento della salute mediante un impegno del singolo individuo ma anche del sistema sociale e sanitario nel suo complesso. La salute non può essere delegata ai soli tecnici, o non può essere perseguita e mantenuta in soli ambiti specialistici e dedicati, ma nel contesto più generale." (Tognetti Bordogna, 2017: pp. 17-18)

Nelle società occidentali contemporanee, quando ci si riferisce alla medicina, o scienza medica, si chiama in causa una disciplina che tende a privilegiare gli aspetti biologici, fisiologici e che, nell'antropologia medica, prende il nome di bio-medicina per distinguerla dalle altre forme di cura che sono riscontrabili in altre parti del mondo⁵.

⁴ Tognetti Bordogna M., Nuovi scenari di salute. Per una sociologia della salute e della malattia, Franco Angeli, Milano 2007

⁵ In questa trattazione si utilizzerà la definizione di bio-medicina seguendo quanto proposto da G. Pizza nel testo Antropologia medica, 2005, pp. 125 e seguenti. Un altro aggettivo utilizzato come sinonimo perché sottende un'impostazione simile è *allopatico*.

“Il male come la cura sono prodotti sociali, che a loro volta si occupano entrambi di un altro prodotto sociale: il corpo umano. La biomedicina, la scienza occidentale, ha incentrato tutta la sua attenzione sul *disease*⁶, oggettivando il sapere medico e rendendolo appannaggio esclusivo di una specifica categoria” (Aime, 2008: p. 67) ed in particolare si è costruita a partire da schemi dicotomici, primo fra tutti quello che considera mente e corpo come due poli opposti. Questo ha permesso alla biomedicina di progredire dal punto di vista dell’efficacia tecnica in modo significativo nel corso dell’ultimo secolo e mezzo: “è proprio in virtù del suo riduzionismo che la biomedicina ha potuto raggiungere livelli di efficacia terapeutica difficilmente eguagliabili. Poco senso avrebbe, dunque, criticare la biomedicina per il suo orientamento riduzionistico, se questo è proprio alla base della sua efficacia” (Quaranta Ricca, 2012: p. 25)

Saranno lo sguardo dell’antropologia medica⁷ e l’approccio interdisciplinare ad aprire le prime crepe in quest’idea monolitica e trascendente con cui la medicina veniva presentata mettendo in evidenza i problemi riconducibili allo scarto tra la scienza medica e gli aspetti relazionali e sociali:

“È indubbio che la medicina occidentale ha conseguito i propri successi grazie all’affermazione del modello biomedico-scientista, che si fonda essenzialmente sul trattamento farmacologico-chirurgico delle malattie, tenendo in scarsa considerazione gli aspetti più umani e affettivi. Da questa “dimenticanza” deriva il fatto che mentre si produce un poderoso e meritorio sforzo di oggettivazione, scompaiono dalla vista gli equilibri di potere che si creano nell’organizzazione sociale della salute e gli sviluppi legati alle logiche economiche e di mercato” (Good, 1996).⁸

Considerazioni molto simili si ritrovano anche nelle parole di Paccagnella: “Una tale visione sistemica della salute umana (o della non-salute) ha portato o meglio ha riportato in primo piano la necessità di adottare nei confronti dei problemi dell’uomo l’approccio olistico, cioè unitario e globale, mettendo in evidenza i limiti delle tendenze “atomiche o atomizzanti” della medicina contemporanea, caratterizzata, com’è noto, da “riduttivismo” (tutto si spiega partendo dalla cellula), da “frazionismo”

⁶ Si utilizzano i termini inglesi *disease* e *illness* per sottolineare l’approccio alla malattia: si utilizza *disease* per riferirsi alla dimensione biologica della malattia e dunque ad una disfunzione dell’organismo, a una rottura, a un danno; con *illness* ci si riferisce allo sguardo del malato, alla dimensione soggettiva della malattia. A questi termini si aggiunge la dimensione sociale della malattia, la “etichetta sociale del disease” che prende il nome di *sickness*.

⁷ Secondo quanto riportato nel testo introduttivo del convegno I Jornadas Internacionales de Antropología Médica y Feminismos: las desigualdades en salud, Madrid aprile 2017, entro la stessa antropologia medica si sono sviluppate posizioni differenti a partire dagli anni Ottanta: una parte degli studiosi voleva avere un approccio più teorico (antropologia medica critica), mentre altri antropologi intendevano partecipare attivamente ai cambiamenti sociali (antropologia applicata alla salute).

⁸ In Leonzi, La salute tra norma e desiderio, Meltemi, Roma 1999 p. 19.

(proprio delle specializzazioni mediche) e da “scissionismo” (il corpo da una parte, la mente da un'altra parte).”

Uno dei più autorevoli antropologi medici italiani, Ivo Quaranta, spiegando come nacque la necessità di approfondire il tema della medicina da un punto di vista antropologico, ha scritto che “la biomedicina aveva rappresentato la lente attraverso cui gli antropologi guardavano alle medicine altre” (Quaranta, 2006). Furono proprio gli studi etnografici dell'antropologia medica ad ottenere una nuova conferma della stretta connessione tra lo sviluppo della bio-medicina e il contesto socioeconomico in cui esso era avvenuto, osservando come in contesti geografici e socioculturali differenti si erano sviluppate diverse percezioni dei corpi sani e malati e diverse pratiche mediche. La prospettiva relativista tipica dell'antropologia, fondata sull'osservazione “dell'altro” ha permesso di riconoscere interpretazioni differenti dei concetti di salute e malattia e dunque come essi possano modificarsi nel tempo e nello spazio proprio in relazione alla loro connotazione culturale. Come scrive Leonzi, attraverso “un esame congiunto dei fenomeni biologici e culturali [gli antropologi] hanno compreso [...] che per spiegare l'eziologia delle malattie è indispensabile formulare teorie e interpretazioni che rendano simultaneamente conto degli aspetti fisici, psichici e sociali.” (Leonzi, 1999: p. 15).

Come si vedrà successivamente, esaminando le critiche sollevate nel corso degli anni a carico della bio-medicina, il processo di universalizzazione delle norme biologiche che aveva attraversato la cultura occidentale aveva portato alla costruzione di modelli e rappresentazioni divenuti ormai precetti a cui conformarsi. Attraverso la scoperta di modelli culturali differenti vennero infatti poste le basi per una critica profonda, e in alcuni casi per una vera e propria rottura, della visione positivista fino a quel momento dominante.

Questi passaggi li troviamo così ricostruiti da Leonzi nel suo *La salute tra norma e desiderio*:

“Va da sé che la consapevolezza dell'esistenza di sistemi e comunità terapeutiche sensibilmente differenti, mette in discussione l'idea di malattia come devianza dalla norma, nonché la concezione che vorrebbe che le patologie fossero trattate all'interno di luoghi deputati e aggredite da tecniche esperte e saperi specifici. Lo sguardo sull'”altro” ci offre una prospettiva diversa da cui osservare noi stessi: la conoscenza dei meccanismi di definizione e costruzione di salute e malattia messi in gioco da una particolare comunità terapeutica rappresenta il punto di partenza per la formulazione di una teoria critica della scienza medica e per la costruzione di una coscienza riflessiva, utile sia al progredire della medicina, sia al ristabilirsi di connessioni produttive tra teoria scientifica e contesto culturale. Lo studio delle culture estranee mette inoltre in evidenza il fatto che dal primitivo strato delle cosmologie locali, che originano da bisogni esistenziali

condivisi, prende vita un universo di “rappresentazioni” finalizzate ad organizzare la percezione del mondo e ad abitare le proprie coordinate spaziotemporali, intrecciando relazioni affettive e di potere” (Leonzi, 1999).

La conseguenza delle riflessioni interdisciplinari viste fin qui e dunque la rottura dell’idea di unicità della scienza medica attraverso lo studio delle forme che ha assunto fuori dall’Occidente, porta con sé la crisi dell’idea di una medicina *super partes*, assoluta, aprendo il campo da un lato ad un esame delle implicazioni politiche che derivano dalla non neutralità di questo strumento, dall’altro alla formulazione di “modi nuovi di fare salute”. La stessa antropologia medica ha voluto allo stesso tempo evidenziare come questa prospettiva non si ponga in termini di alternativa alla bio-medicina, ma anzi ne metta in evidenza i limiti per cercare di completarla a partire da una profonda critica agli effetti di un’alleanza terapeutica tra medico e paziente non attenta alle dimensioni sociali e culturali: “Le proposte dell’antropologia medica [...] si dirigono verso la costruzione di un approccio ermeneutico alla malattia, volto a dipanare la dimensione di significato e a renderla disponibile sia al medico sia al paziente nel percorso di co-costruzione della relazione terapeutica.” (Quaranta e Ricca, 2012: p. 76)

Se questa riflessione prende le mosse dagli studi riferiti a contesti culturali lontani, oggi il tema si è fatto più urgente in relazione all’aumento di popolazione immigrata che porta con sé il proprio bagaglio culturale e simbolico in riferimento alla salute e alla malattia e dunque interroga in modo nuovo gli ambiti di cura che attraversa. Si chiedono Quaranta e Ricca “Si può davvero pensare, in una società multiculturale come quella dell’Italia di oggi, di poter far finta che i malati siano tutti uguali?” (2012: p. 20). Come si vedrà più avanti, questo interrogativo si intreccia con quanto sollevato dai movimenti femministi relativamente alla non neutralità del paziente, proprio in rapporto ai fattori socioculturali che intervengono nella relazione di cura.

Per meglio legare lo sviluppo di questo filone di pensiero alle trasformazioni storiche e sociali con cui ha interagito, si proverà a ricostruire il momento in cui prende avvio il percorso della medicina moderna, intesa sia come disciplina scientifica a sé stante, ma soprattutto con la connotazione di bio-medicina che le si può riconoscere oggi e ancor di più con la funzione di regolazione sociale sia nei confronti delle popolazioni⁹ che della strutturazione delle istituzioni di cura¹⁰. L’approccio riduzionista che oggi è prevalente nell’ambito medico, ha preso le mosse nella trasformazione che ha dato avvio all’attuale sistema capitalistico (qui inteso come modo organizzativo della società), quando

⁹ Foucault M., Sorvegliare e punire, Einaudi, Torino 1975

¹⁰ Foucault M., Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico, Einaudi, Torino 1969, pp. 53-54; Basaglia F. e Basaglia Ongaro F., La maggioranza deviante, Einaudi, Torino, 1971; Ehrenreich B. e English D., Le streghe siamo noi, CELUC, Milano 1975.

la nuova classe emergente, la borghesia, ha avuto necessità di dotarsi di uno strumento forte, capace di controllare un aspetto decisivo per le popolazioni, qual è il contrasto alla malattia e alla morte.

Per quanto riguarda l'affermarsi di questa disciplina, una ricostruzione importante è quella fatta da Barbara Ehrenreich e Deidre English che, in chiave femminista, hanno svolto un'approfondita ricerca storica a partire dalle forme di medicina praticate nel medioevo, dalle guaritrici per quanto riguardava l'utilizzo di elementi naturali e dai barbieri (o chirurghi) per quanto riguardava le amputazioni o le "operazioni", individuando nella caccia alle streghe la pratica utilizzata dalla nascente classe borghese per escludere le donne dalle conoscenze sui corpi, sulla fisiologia e dal potere che derivava loro da queste conoscenze. Lo sguardo situato di Ehrenreich e English mette in luce come il processo di istituzionalizzazione della pratica medica – negli Stati Uniti stando alla loro ricerca, ma che si ritrova in forme simili anche in Europa – fu un processo di progressiva esclusione delle donne e delle popolazioni non bianche che espulse di fatto tutte le pratiche tradizionali e le conoscenze costruite e tramandate nei secoli soppiantandole con la "nuova scienza medica". Le autrici non mancano di notare come la componente economica, di classe, fu l'ulteriore elemento rilevante proprio perché le guaritrici svolgevano la funzione di cura nei confronti degli strati più poveri della popolazione, mentre nelle corti e nei palazzi nobiliari si avvicinavano medici per i quali "i mali dovevano essere curati con le sanguisughe e la preghiera" (Ehrenreich e English, 1975).

È stata individuata una fase di circa cento anni, a partire dalla metà del XVIII secolo in cui la figura del medico fungeva da intermediario tra farmaco e paziente perché quest'ultimo continua a rivolgersi alle conoscenze della medicina tradizionale e all'automedicazione. Con il progredire delle conoscenze in ambito medico, anche il ruolo dei professionisti si modifica e comincia a diventare punto di riferimento in senso più ampio iniziando a connotare le prescrizioni sanitarie con forti valenze etiche (Leonzi, 1999: p. 39). Ma il passaggio che aprirà la strada alla nascita della biomedicina moderna è l'elaborazione filosofica del dualismo tra mente e corpo che è alla base di questa impostazione. Proprio nella spersonalizzazione dell'individuo da curare ritroviamo sia i punti di forza della medicina moderna che i suoi limiti:

"Nella sua versione occidentale e moderna, [la medicina] combatte per la salute del corpo e a volte contro il corpo stesso. [...] In Occidente, l'esigenza di rispettare i parametri di predicibilità e precisione richiesti dal paradigma scientifico moderno ha conferito alla professione medica una curvatura sempre più empirica, biologica. Così, la mente del malato e le sue patologie mediche sono state scisse. La cultura è stata sfrattata dal regno dell'analisi patologica. La cura è divenuta

santa alleanza tra dottore e paziente nella guerra contro un male rigorosamente biologico, annidato e circoscritto nel corpo.” (Quaranta e Ricca, 2012: p. 10)

Nelle pagine che seguiranno si intendono ricostruire i principali elementi di critica mossi alla biomedicina in modo da fornire gli elementi utili a cogliere le discontinuità con questo approccio riscontrate nei due studi di caso di Barcellona e di Napoli.

Nello studio di queste tematiche, oltre alle macro-suddivisioni cui si è fatto riferimento in precedenza, sono stati puntualmente descritti da Tognetti Bordogna i diversi approcci che hanno attraversato lo studio della sociologia della medicina e poi della salute. L'*approccio struttural-funzionalista* di Parsons, completamente orientato alle istituzioni sanitarie e alla relazione strumentale tra medico e paziente, isolava la relazione terapeutica rispetto al contesto più generale limitandosi a considerare l'ambito sanitario e mettendo al centro il ruolo di lavoratore del paziente. L'*approccio fenomenologico* si riferisce invece alla malattia come esperienza umana che irrompe nell'esperienza routinaria e dunque introduce il tema dei modelli culturali attraverso cui l'individuo si relaziona al corpo. Un ulteriore approccio è quello *marxista* (o *del conflitto*) per cui la malattia viene ricondotta all'interno del conflitto di classe e dello sfruttamento economico; entro questa impostazione, anche la struttura dei servizi sanitari riproduce il modello di sfruttatori e sfruttati, mentre l'organizzazione del welfare state produce una medicina alienata e alienante che può essere compresa solo analizzando la distribuzione di potere nella società. Un noto esponente di questa corrente è lo spagnolo Vicente Navarro che pubblica nel 1976 un volume intitolato “La medicina nel capitalismo” in cui a partire dallo studio di alcuni casi in tutto il mondo, dal Cile di Allende agli Stati Uniti l'autore prova ad individuare strategie di trasformazione delle priorità dell'intervento pubblico per orientarle verso un benessere generale¹¹.

Molto ravvicinato a questo approccio¹² è quello *radicale*, a cui fa capo Ivan Illich (1976), secondo cui il carattere alienante della medicina deriva dal modello culturale dell'industrializzazione e dell'uso tecnologico, non dal modello economico-produttivo. Nasce entro questo approccio il concetto di “iatrogenesi medica” che indica come il sistema sanitario provochi patologie, danni fisici e dipendenza oltre che disumanizzazione.

Seguendo la suddivisione proposta da Tognetti Bordogna, una cesura importante ci fu con il contributo dei movimenti sociali sorti alla fine degli anni Sessanta che cominciò a far vacillare l'idea che la malattia – e dunque anche la salute – fossero di competenza esclusiva della medicina. In

¹¹ Navarro V., La medicina nel capitalismo, Feltrinelli, Milano 1976.

¹² Va sottolineato come tra i due approcci ci siano state diverse occasioni di confronto reciproco. Lo stesso Navarro, nel testo sopra richiamato, dedica un intero capitolo a discutere le ipotesi di Illich.

particolare, cominciano ad essere introdotti in questo quadro generale i temi relativi all'ambiente e alla salute nei luoghi di lavoro. Cominciò a prendere forma l'*approccio ecologico-sistemico*, sostanzialmente riconducibile ad un'ipotesi costruttivista così come l'*approccio bio-psico-sociale* che ritiene necessario considerare l'individuo inserito nel suo ambiente. Un'ulteriore proposta è quella sviluppata attraverso il cosiddetto *quadrilatero della salute di Ardigò* che prova, in un unico schema a mettere in evidenza non solo gli elementi che influiscono sulla condizione di salute degli individui, ma anche le connessioni che intercorrono tra questi fattori¹³.

Questi approcci formano una prima mappa attraverso cui orientarsi che può essere arricchita da una sorta di cronologia della "medicina come processo innovativo nel suo rapporto con la società" (Vidal, 1975: p. 12) proposta da Vidal e riferita soprattutto all'ambiente latinoamericano. In questo modo si evidenzia anche la riflessione sulla salute sviluppata in quel contesto socio-geografico che sarà poi ripresa nei prossimi capitoli. Vidal individua negli anni tra il 1850 e l'inizio del Novecento la "Fase tradizionale" caratterizzata dall'attenzione all'igiene e alla salute pubblica. La seconda fase, "incorporante", in cui prevale la medicina preventiva e che sfuma, negli anni intorno alla Seconda Guerra Mondiale, nella "Tappa comprensiva" caratterizzata dalla progressiva introduzione del riconoscimento della dimensione psicosociale nella malattia. L'ultima fase proposta da Vidal nel 1975 è quella "trascendente partecipativa" in cui l'autore ritiene cominci a prendere piede una "concettualizzazione strutturalista della salute, allontanandosi da una mera visione funzionalista" (Vidal, 1975: p. 12)

Si intende ora passare in rassegna i principali nodi problematici emersi nel corso degli ultimi decenni in quest'ambito per tracciare delle linee ideali entro cui inserire ed analizzare i casi di studio considerati a partire appunto dalla constatazione della connotazione necessariamente storico-politica della scienza medica. In particolare, come si vedrà, prendere in esame da un punto di vista critico il binomio *salute-malattia* e la *scienza medica* apre la possibilità di cogliere aspetti introiettati dalle strutture sanitarie, dagli operatori (medici e non solo), ma anche dai pazienti. È dunque attraverso le critiche mosse da operatori del settore e pazienti che verranno presi in esame i punti di forza ed i limiti dell'approccio biomedico, ormai non più "unico e monolitico". Ci si concentrerà in particolare su quanto hanno elaborato alcuni medici, sociologi ed attivisti a partire dal secondo dopoguerra per poi recuperare un contributo da ritenersi decisivo elaborato dai movimenti femministi, italiani e internazionali.

¹³ Tognetti Bordogna M., Nuovi scenari di salute, *op. cit.* pp. 18-20.

1.2 – Critiche alla biomedicina

Il momento di rottura più netto nei confronti della biomedicina si ebbe in occasione delle mobilitazioni studentesche e operaie del biennio 1968-'69 che, in Italia, avviarono un decennio di ampia mobilitazione sociale. Il tema della salute venne riconosciuto fin da subito come una questione fondamentale per la tutela dei lavoratori e di cui avrebbero dovuto occuparsi in prima persona senza delegarla al personale sanitario come invece avveniva. Se i primi riferimenti ad una medicina del lavoro risalgono alle attività di ricerca di Ramazzini¹⁴, a cavallo tra il XVII e XVIII secolo, a partire dagli anni Sessanta l'incremento della produzione industriale e il correlato aumento di morti e infortuni sul lavoro vengono affrontati, dal punto di vista sindacale, attraverso la richiesta di risarcimenti e, dunque, monetarizzazione del rischio anziché prevenzione (Berlinguer, 1997). Cominciò con le mobilitazioni del 1968-'70 ad essere inserita la salute come tema organico alle lotte sindacali sia per quanto riguarda gli aspetti interni ai luoghi di lavoro, sia guardando ai contesti di vita e, dunque, all'ambiente¹⁵. Proprio questo passaggio ad un'idea di ambiente in senso lato, che riguarda il contesto di vita di tutti e tutte, sarà fondamentale per le lotte per il diritto alla salute che si svilupperanno nei decenni successivi. Maccacaro si è a lungo soffermato su questi temi a partire dall'idea che la difesa della salute fosse un momento "totalizzante e decisivo della lotta di classe" (Maccacaro, 1972: p. XVII-XVIII), ma anche a partire dalla propria posizione di medico, per guardare al ruolo della medicina¹⁶ entro il modello di produzione capitalistico.

Fu lo stesso Maccacaro, insieme ad altri colleghi, a fondare nel 1972 l'associazione Medicina Democratica¹⁷ che, ancora oggi, è una delle più attive promotrici di iniziativa su questi temi, sia nel mondo del lavoro che al di fuori. Si erano susseguite nel corso degli anni inchieste tra i lavoratori in molte fabbriche italiane e si erano iniziati a sviluppare strumenti per poter vagliare autonomamente la nocività degli ambienti di lavoro, come ad esempio le mappe di rischio, e questo aveva contribuito a definire una maggiore sensibilità sul tema anche al di fuori dai luoghi di lavoro. Il caso della mobilitazione seguita all'incidente del luglio 1976 all'ICMESA di Seveso è emblematico della

¹⁴ Si veda Franco G., La lezione di Bernardino Ramazzini, medico sociale e scienziato visionario, in Atti e memorie - Accademia nazionale di scienze, lettere e arti, Modena, 2016

¹⁵ L'attenzione crescente a questi temi si ritrova anche nello Statuto dei Lavoratori, legge 300/70, il cui articolo 9 recita: "I lavoratori mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica."

¹⁶ Un approfondimento sulla percezione pubblica della medicina si può ritrovare nell'intervista fatta da Simona Urso a Gilberto Corbellini, storico della medicina e pubblicata con il titolo *Radiografia di una scienza. La storia della medicina e la sua percezione pubblica*, in "Zapruder", 6, gennaio-aprile 2005. Una ricostruzione del progressivo inserimento delle donne nella professione medica in Italia è stata fatta da Giovanna Vicarelli nell'articolo *In nome della madre. Il difficile cammino delle donne medico in Italia tra costruzione della professione e nascita della pediatria*, in "Zapruder" 5, settembre-dicembre 2004.

¹⁷ Per approfondire, si veda il sito ufficiale <http://www.medicinademocratica.org/>

porosità dei confini tra dentro e fuori le fabbriche e, come emerse in quell'occasione, il tema della nocività era profondamente sentito dalla popolazione al punto da costringere gli amministratori ad una deroga su un tema scottante qual era, in quel momento storico, l'aborto¹⁸.

Entro questo quadro, anche sulla scorta delle riflessioni teoriche che arrivavano dal resto d'Europa, ed in particolare dalla Francia, cominciarono a prendere forma alcune questioni che ancora oggi interrogano profondamente il dibattito. Sono stati individuati alcuni aspetti che maggiormente implicati nella riflessione che accompagna questo lavoro. Nonostante, come segnalato, ci siano stati momenti storici in cui uno o più di questi temi ha avuto maggiore spazio di discussione pubblica, politica o accademica, il tentativo è il superamento di una descrizione cronologica per provare a tracciare un continuum di senso che dia la misura della complessità dei temi messi in gioco da questo dibattito e delle loro interrelazioni.

Sono stati dunque enucleati quattro temi di discussione che, oltre a stimolare la riflessione relativamente all'ipotesi iniziale, hanno informato la ricerca sul campo. In particolare, si intende procedere approfondendo il tema della spersonalizzazione del paziente all'interno dei sistemi sanitari; la costruzione di saperi esperti e del rischio che portano con sé di diventare escludenti; il ruolo sociale del sapere medico e del medico stesso; la normatività della scienza medica intesa qui sia con la sua funzione di esclusione sia con la sua funzione di controllo.

Come richiamato in precedenza, la suddivisione tra mente e corpo che ha contraddistinto l'approccio occidentale alla medicina, ha significato l'introduzione di un approccio fortemente bio-riduzionista per il quale la stessa identificazione del paziente viene costruita in base alla malattia da cui è affetto o al trauma che ha subito¹⁹. Questo aspetto è particolarmente evidente se si prende in esame il processo di disumanizzazione del caso clinico in ambito ospedaliero²⁰. Prima di procedere è interessante sottolineare come il tema della nascita degli ospedali e del ruolo che rivestono nei

¹⁸ Era in corso da anni in Italia un dibattito molto acceso sulla regolamentazione dell'interruzione di gravidanza perché, a causa del codice penale vigente e adottato durante il Ventennio fascista, il cosiddetto Codice Rocco, la donna che abortiva poteva subire un processo e una condanna (reato contro l'integrità della stirpe). Grazie alle mobilitazioni delle donne, con il processo Pierobon, nel 1973, si portò l'attenzione su questo tema, prima tabù. Cominciò ad emergere anche nel discorso pubblico il fatto che migliaia di donne ogni anno erano costrette a sottoporsi a pratiche abortive non tutelate che le esponevano non solo al rischio fisico di infezioni e, nei casi più gravi, di morte, ma anche al rischio di subire una condanna penale. L'assenza di possibilità legali per interrompere una gravidanza indesiderata venne risolta solo nel 1978 con l'introduzione della legge 194. Sul tema si veda: Perini L., *Il corpo del reato*, BraDypUS (Quaderni Storicamente n. 4), Bologna 2014 e Scirè G., *L'aborto in Italia*, Mondadori, Milano 2011.

¹⁹ Questo approccio è caratterizzato dallo sviluppo di conoscenze molto specializzate e di carattere tecnico che, in quanto tali, non possono essere condivise allo stesso livello da tutte le persone coinvolte e che, a caduta, producono e riproducono un incremento dello squilibrio di potere tra il medico ed il diretto interessato. La questione è ancor più evidente in relazione alla possibilità di prendere una decisione pienamente consapevole relativamente, ad esempio, alle scelte da compiere per affrontare una patologia o un trauma.

²⁰ Autori Vari., *Medici senza camice pazienti senza pigiama, Sensibili alle foglie*, Roma 2013; Canguilhem, *Sulla medicina*. Scritti 1955-1989, Einaudi, Torino 2007.

confronti della medicina moderna sia stato chiamato in causa da diversi autori. Canguilhem, ad esempio, ritiene che la progressiva sparizione del vissuto del paziente nell'indagine sulle malattie non sia dipesa solamente dalla "colonizzazione della medicina da parte delle scienze fondamentali e applicate avviata ai primi dell'Ottocento" (Canguilhem, 2007: p. 16), ma sia connessa all'interesse sviluppato dalle società industriali nei confronti della componente umana delle forze produttive.

“La sorveglianza e il miglioramento delle condizioni di vita diventano oggetto di regolamenti e provvedimenti presi dal potere politico, su consiglio e sollecitazione degli igienisti. Medicina e politica si incontrano al crocevia di un nuovo approccio alle malattie, di cui si trova una chiara illustrazione nell'organizzazione e nelle pratiche del ricovero ospedaliero” (Canguilhem, 2007: pp. 16-17).

L'autore riporta come già nella Francia rivoluzionaria gli ospizi e gli asili fossero stati sostituiti dagli ospedali che avevano funzione non solo di accoglienza e assistenza, ma di “spazi di analisi e sorveglianze di malattie catalogate, concepiti e governati come altrettante “macchine da guarigione”, per usare le parole di Tenton.” (Canguilhem, 2007: p. 17). Ed è dunque nel carattere di struttura sociale regolamentata tipico dell'ospedale che si rintracciano le basi per l'analisi sempre più artificiale delle condizioni di apparizione delle malattie portando ad un progressivo distacco con il vissuto dell'individuo.

Il ruolo dell'ambito ospedaliero è rintracciabile anche nel lavoro di Foucault²¹ e sono interessanti, ai fini di questa ricerca, i richiami e dunque le riletture che ne fanno i Medici Senza Camice nella restituzione del loro approfondimento di socioanalisi:

“L'archeologia dello sguardo medico proposta da Foucault fornisce gli strumenti per comprendere come sia stata innanzitutto la realizzazione di un dispositivo di potere, che istituiva unilateralmente il ruolo attivo del medico e passivo dell'ammalato, a favorire la costruzione del sapere clinico. Un sapere che necessitava dell'ospedale, anzi, che era della sua stessa sostanza. È solo grazie al dominio ospedaliero, osserva infatti Foucault, che il fatto patologico appare nella sua singolarità di evento e nella serie che lo circonda. “Dal momento che la conoscenza medica si definisce in termini di frequenza si ha bisogno non tanto di un ambiente naturale ma di un dominio neutro” “Quale fonte di informazione migliore, di due infermiere con cento o centocinquanta malati ciascuna?” Il campo ospedaliero consentirebbe di raccogliere e osservare una collezione di casi clinici e in tal modo, di acquisire la verità” (Autori Vari, 2013: pp. 36-37)

²¹ Foucault M., *Nascita della clinica*, *op. cit.*

Se dunque da un lato il riconoscimento di elementi comuni tra le malattie ha permesso lo sviluppo di tecniche mediche sempre più specializzate e precise, dall'altra ha portato ad un progressivo allontanamento tra l'esperienza soggettiva della malattia ed il corpo malato con una perdita significativa di tutto ciò che non attiene strettamente agli aspetti biologici e, soprattutto, ha instradato verso la rinuncia a prendere in considerazione la complessità sociale e relazionale entro cui il paziente vive. Il riferimento ad una specificità di questo problema per quanto riguarda i servizi ospedalieri emerge approfonditamente da quanto riportato al termine del progetto di socioanalisi narrativa svolto a Roma qualche anno fa dai Medici senza camice che volge l'attenzione su come questi processi di personalizzazione non solo avvengano regolarmente in ambito ospedaliero, ma vengano riprodotti ed amplificati all'interno dei processi formativi, sia accademici che di specializzazione²².

Come si vedrà in maniera più dettagliata in riferimento alle critiche portate dal movimento femminista, il processo di progressiva esclusività dei saperi medici fondati unicamente su caratteristiche biologiche e reazioni chimiche (si pensi ad esempio a tutto l'ambito dell'uso dei farmaci di sintesi) e dunque rimasto appannaggio dei soli medici, ha prodotto dinamiche di gerarchizzazione del sapere che, portate fino all'estremo, hanno di fatto escluso i saperi tradizionali e/o esperienziali dall'ambito della cura del corpo. Canguilhem porta una critica molto aspra agli effetti di questo approccio e "scorge [nei dosaggi, nell'insegnamento deviato e mal amministrato, nei trattamenti che sono frutto del caso] altrettanti esiti di un sovvertimento dell'istituzione, in seguito al quale "l'ascolto e la comprensione dei corpi" sono stati rimpiazzati da una scienza in realtà priva di certezze, e mai rispettosa di ciò che pretende di capire." (Dagognet, 2007: p. 98-99). Anche Giorgio Bert, altro autorevole esponente della medicina critica italiana, si sofferma su questo punto mettendo in luce come ciò che "non quadra con il concetto di patologico, va immediatamente scartato." E questo, "produce una svalorizzazione del sapere che la persona ha del suo malessere." (Autori Vari, 2013: p. 68).

È stata già richiamata la posizione dell'antropologia medica orientata all'apertura di un dialogo e di un rapporto di complementarità tra le diverse discipline, ma finché rimane radicata l'idea che la conoscenza sulla malattia derivi unicamente dalle competenze tecniche dei medici, spesso peraltro mantenute anch'esse entro suddivisioni arbitrarie (per organo, per età, per specializzazione), qualunque altra forma di sapere sulla salute e sulla malattia viene sminuita e ridotta, quando non a credenza popolare, a sapere subordinato. Il risultato di questa gerarchizzazione è l'esclusione del paziente stesso dal processo decisionale sulla propria condizione di salute ed il suo sentire, il suo

²² Autori Vari, Medici senza camice, *op. cit.* Si riscontrano anche nella letteratura sociologica studi relativi alla cultura medica in ambito ospedaliero come ad esempio la ricerca presentata in Atkinson P. *Medical Talk and Medical Work*, Sage, London 1995.

sapere sul proprio corpo passa in secondo piano davanti al sapere esperto dei medici. Riferendoci qui all'approfondita disamina foucaultiana sul rapporto tra sapere e potere, non si può che mettere in evidenza come questa sorta di *enclosure* del sapere sui corpi sia fonte della gerarchizzazione del potere sulla salute per cui la persona direttamente coinvolta ha comunque meno voce in capitolo (e spesso dà a sé stessa meno voce in capitolo) del medico ospedaliero. È necessario esplicitare subito, per quanto poi verrà approfondito nelle prossime pagine, come i ruoli fin qui tratteggiati siano riprodotti non solo da parte del medico, ma all'interno della relazione con il paziente e, dunque, anche dal paziente stesso che, immerso in questa cultura della medicina e "abituato" ad un ruolo inferiorizzato, non si ritiene in grado di intervenire sul processo di cura, ma anzi si affida al medico²³. Si approfondirà successivamente il ruolo del linguaggio come strumento di incontro (e di scontro) tra medico e paziente, ma è utile richiamare qui un'ulteriore riflessione di Canguilhem sulla guarigione perché, attraverso la metafora della lingua e del gergo esemplifica come il rapporto tra sapere esperto e sapere esperienziale fatichino a comunicare tra loro e spesso non riescano ad essere, se presi separatamente, esaustivi ai fini di un intervento complessivamente efficace:

"Benché i medici siano di solito critici nei confronti dell'idea popolare di guarigione, nulla vieta che si cerchi di legittimarla. [...] Per la gente, guarire significa di solito ritrovare un bene compromesso o perduto, la salute. Nonostante le implicazioni sociali e politiche del concetto, dovute al fatto che la salute è talvolta sentita come un dovere da osservare nel rispetto dei poteri socio-medicali, la salute è rimasta comunque quello stato organico di cui l'individuo si reputa un giudice privilegiato. [...] Il medico non sembra lontano dall'idea che la sua scienza sia una lingua ben fatta, mentre il paziente si esprime solo in gergo. Ma dato che anche il medico è stato un uomo, quando non sapeva ancora se sarebbe diventato un dio [...] anch'egli conserva qualche ricordo del blocco originario da cui è stata scolpita la sua figura, ed anch'egli si rammenta del gergo ormai svalorizzato della sua lingua di scienziato. [...] Insomma, dal punto di vista della pratica medica, rafforzata dalla sua scientificità e tecnicità, molti pazienti si rivelano meno soddisfatti di quanto dovrebbero essere, mentre altri di rifiutano di ammettere che si è fatto per loro tutto quanto c'era da fare. Il che sembra indicare che salute e guarigione appartengono a un genere del discorso diverso da quello che si apprende dal lessico e dalla sintassi nei trattati di medicina e nelle cartelle cliniche" (Canguilhem, 2007: pp. 42-43)

Il terzo punto su cui soffermarsi è quello relativo al ruolo sociale che assume il sapere medico e il ruolo che il medico, detentore di esso, gioca all'interno dei contesti sociali. Non è infatti un nodo

²³ Un interessante arricchimento di questa discussione può riscontrarsi nel lavoro di Sylvie Fainzang che con un taglio innovativo, sviscera gli sguardi dei pazienti a partire dalle funzioni sociali del farmaco. Fainzang S., *Farmaci e società. Il paziente, il medico e la ricetta*, Franco Angeli, 2001.

tematico riferibile solo alla complessità della gerarchizzazione dei saperi che si genera e alle conseguenze di essa, ma assumere il ruolo del sapere medico come non neutrale²⁴ conduce a metterlo in relazione con il sistema entro cui è stato elaborato. In questa prospettiva è necessario riconoscere che non si può immaginare la scienza medica sganciata da quel complesso di valori e credenze costitutive del sistema capitalistico, ma anzi, ne va colta la funzione di strumento nato all'interno di questo sistema e dunque ad esso funzionale e adattata a seguirne le trasformazioni.

Questo tema accompagnerà l'intero lavoro, ma ciò che qui è importante segnalare è come, entro l'ondata di critica alla biomedicina espressa negli anni Settanta, alcuni medici si interrogarono a proposito del proprio ruolo all'interno dell'ipotesi rivoluzionaria che stava attraversando diversi paesi europei.

Maccacaro ad esempio, ritiene che il medico,

“Illudendosi di essere signore, serve il suo padrone due volte: quando si inchina alla classe del capitale e quando ne trasferisce e aggrava il comando sulla classe del lavoro. Quando – non importa se consapevolmente o meno – realizza nel malato la massima e irrinunciabile esigenza del sistema: fare dell'uomo una cosa, della sua salute una merce, della sua vita un consumabile bene per la produzione di beni consumabili. Fare di un uomo una cosa, reificarlo: io dico che questo è il compito accettato ed assolto dalla medicina del capitale che è poi questa.” (Maccacaro, 1972: p. XXX)

Questa esplicita connessione tra ruolo sociale della medicina e sistema capitalistico è riconducibile all'approccio marxista della sociologia della salute e, seguendo questa analisi, Maccacaro espone chiaramente il proprio pensiero rispetto agli interrogativi che non solo la scienza medica in generale, ma ciascun medico dovrebbe porsi alla luce del contesto entro cui si trova ad operare:

“Nel momento in cui si impone la realtà soverchiante di una patologia che nasce dall'organizzazione del lavoro, dall'espropriazione del “tempo vivo”, dall'impoverimento della convivenza, dall'alienazione del corpo, dalla decomposizione sociale, dalla costrizione urbana, dalla spoliatura ambientale, da tutto ciò insomma, che è modo, atto e materia dello sfruttamento dell'uomo sull'uomo, la stessa “scienza medica” è costretta a dirsi e a viverci dalla parte di quale uomo. Nessuna neutralità le è più concessa né la sua illusione: quindi nemmeno l'innocenza. O si danneggia col capitale o si salva col lavoro. Questo è il senso della sua crisi che, se si esprime come imputazione del sistema, può levitare quale presa di coscienza nei suoi protagonisti purché non

²⁴ Una breve ricostruzione e alcuni riferimenti alla critica della neutralità della medicina si ritrovano anche in Schettini L. e Serafini V., *Precauzioni per l'uso*, editoriale “Zapruder”, 6, gennaio-aprile 2005.

illanguidisca moralisticamente, ma si completi politicamente: il che [...] significa soltanto riconoscere e scegliere la propria collocazione di classe.” (Maccacaro, 1972: p. XI)

Un altro esponente di questa corrente è il francese Polack che nel suo *La medicina del capitale* porta alcuni esempi concreti di come la medicina, attraverso gli atti dei medici, si faccia esecutrice materiale di norme e dunque di quanto sia decisiva la scelta del proprio posizionamento che ciascun medico compie entro il contesto sociale in cui si muove. L'autore, riferendosi al fatto che spesso problematiche sociali vengono spostate entro l'ambito dei disturbi mentali, ritiene che il medico avalli norme extra mediche dando una sorta di garanzia biologica e dunque “le fonda come il luogo possibile di un adattamento di cui solo la “malattia” può spiegare le carenze.” (Polack, 1972: p.71) E, attribuendo carattere psicagogico alla medicina, ritiene che la stessa prescrizione medica sia al tempo stesso divulgazione di sapere e formazione ideologica. Per spiegare questo, utilizza l'esempio dell'intervento abortivo: “Il “sapere” medico nel campo dell'aborto comporta un complesso dispositivo di intenzioni e di istituzioni, destinato a colmare quella straordinaria protesta contro l'ordine sociale rappresentata dall'interruzione volontaria di una maternità” (Polack, 1972: p. 71).

Si tornerà successivamente ad approfondire le funzioni di controllo ed esclusione del sapere medico, ciò che si vuole mettere in evidenza qui è come, a partire dall'aver tracciato i confini di una biomedicina non autosufficiente, se ne metta in discussione anche il ruolo sociale.

Alla luce di quanto riportato, non è possibile considerare il sapere medico e tutto ciò che ad esso attiene come un'entità astratta e neutrale, ma anzi diventa fondamentale, per poterne comprendere i limiti, riconoscerlo come inserito nel proprio contesto d'azione. Una volta connotato in questo modo, il passaggio successivo è il riconoscimento della possibilità che la medicina possa essere affrontata, vissuta e agita in molteplici forme in base alle scelte che possono essere operate dai singoli medici. È dunque il ruolo politico non solo della medicina, ma anche del medico che deve essere riconosciuto in primis dalla stessa classe medica e poi anche a livello sociale. Infatti, proprio la consapevolezza del potere della scienza medica e della sua non neutralità è fondamentale per chi sceglie la professione medica, ma lo è anche per tutti i (potenziali o futuri) pazienti; se non si procede, innanzitutto ad una de-neutralizzazione di questi ruoli, non sarà possibile decostruirli nel profondo per poi ricostruirli a partire da presupposti orientati in termini di giustizia sociale e di eliminazione delle disuguaglianze²⁵.

²⁵ Si può ricordare ad esempio il caso in Italia dell'appello promosso da Medici senza Frontiere (MSF), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) e Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG) in occasione del tentativo di approvare un emendamento in fase di approvazione del pacchetto sicurezza 2009, con cui si voleva revocare il divieto di “segnalazione alle autorità” nel caso in cui si presentasse un immigrato irregolare presso strutture sanitarie ospedaliere o territoriali. Per il testo dell'appello si veda <https://www.simmweb.it/archivio-sito/index-38.html?id=358>

Vi è un ulteriore snodo che si intende approfondire qui ed è quello che riguarda il tema della normatività della scienza medica. Questo ambito di riflessione è stato analizzato molto attentamente per quanto riguarda gli aspetti legati alla salute mentale sia in ambito italiano che all'estero²⁶ ed è stato posto ripetutamente dai movimenti femministi, transfemministi e LGBTQI+²⁷. Secondo la lettura che ne fanno Quaranta e Ricca (2012) una delle cause di una scarsa attenzione a questo problema al di fuori dell'ambito della salute mentale è riconducibile proprio a quell'idea di separatezza tra mente e corpo, fondativa della biomedicina²⁸.

Pur senza entrare in questa sede nel dibattito, si segnalano qui due volti di questo potere normativo cercando di recuperarne i tratti più specificamente riconducibili al controllo dei corpi per metter in evidenza le implicazioni di esclusione sia dall'ambito produttivo, questione molto studiata in particolare dalle correnti dell'approccio marxista, che dal contesto sociale più in generale.

Una delle funzioni della scienza medica è definire i confini entro cui una condizione può essere riconosciuta come patologica o meno. Come già sottolineato, questa decisione non è un atto puramente tecnico o neutrale e ha degli effetti che vanno molto al di là della specifica condizione sanitaria, arrivando ad incidere sul ruolo sociale della persona sottoposta a valutazione.

Il meccanismo attraverso cui avviene questa categorizzazione individuale è quello della diagnosi, un processo che, anche nell'alveo della biomedicina è ben lungi dall'essere esclusivamente un automatismo (individuazione del sintomo o dei sintomi, esecuzione degli esami di laboratorio, e definizione della diagnosi), ed è attraversato da molteplici contraddizioni.

Per chiarezza, oggi convivono differenti approcci metodologici impiegati dal medico per arrivare ad una diagnosi; ci si riferisce in particolare a due sistemi differenti: la Evidence Based Medicine²⁹ e la Narrative Based Medicine³⁰. Nel primo caso la centralità viene data al sapere esperto del medico a cui viene richiesto un "uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze al fine di prendere decisioni sul trattamento del singolo paziente" (Sackett et al., 1997)³¹. La medicina basata

²⁶ Si vedano ad esempio gli scritti di Franco Basaglia, ed in particolare *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968; Basaglia Ongaro F., *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Alpha & Beta edizioni, Merano 2012; Desviat M., *Cohabitar la diferencia*, Editorial Grupo 5, Madrid 2016

²⁷ Si veda il par. 3 del presente capitolo.

²⁸ Nel loro testo *Malati fuori luogo*, gli autori sottolineano come parlare di salute mentale finisca per riproporre la separatezza tra mente e corpo.

²⁹ Sackett D.L., *Evidence-based medicine*, in "Seminars in Perinatology", vol 21, issue 1, February 1997, pp. 3-5.

³⁰ Greenhalgh T., Hurwitz B., (a cura di) *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*, Londra BMJ Books, 1998; Charon R., *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust.*, in "JAMA", 2001.

³¹ Per chiarezza sull'uso del termine *evidenze*, nel fornire la propria definizione di Salute globale il RIISG (*cfr. capitolo 2*) richiama il suggerimento della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute: "le evidenze derivano da ricerche e metodi valutativi propri di diverse scienze naturali e sociali, così come dalla raccolta sistematica di conoscenze ed esperienze dei protagonisti principali coinvolti nelle realtà prese in esame". CSDH, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra 2008, pp. 186-7.

sulle narrazioni si inserisce nell'approccio patient-oriented e prevede che venga preso in esame il racconto che il paziente fa della propria malattia: "Le narrazioni di malattia forniscono una cornice all'interno della quale approcciare i problemi dei pazienti in modo olistico e possono lasciare aperte opzioni diagnostiche e terapeutiche" (Greenhalgh e Hurwitz, 1999, Good, 2006).

La problematicità dell'attendibilità della diagnosi medica è stata ripetutamente studiata in passato, ci si può riferire ad esempio alla ricerca di Backwin del 1945³² da cui risultò che procedendo all'esame di 1000 bambini per diagnosticare la necessità di asportare le tonsille, quasi due terzi di loro vennero indirizzati all'operazione. I bambini "sani" furono fatti riesaminare in cieco da un secondo staff di medici che, a propria volta, valutò la necessità di procedere alla rimozione delle tonsille ad una percentuale di loro. Ripetendo per la terza volta l'esame con i bambini rimasti, anche il terzo staff individuò una larga percentuale di loro da operare nonostante fossero stati valutati "sani" da tutti i medici precedenti. Attraverso questo esempio viene messa in luce con evidenza la discrezionalità della diagnosi, ma anche gli effetti che essa può produrre. Il momento della diagnosi diventa quindi centrale nella biomedicina e si configura, da un lato come il momento di massimo potere da parte del medico, ma anche – come segnalato in molte ricerche – un momento liberatorio per il paziente che può uscire dall'incertezza dei sintomi per essere indirizzato verso la cura o almeno una prognosi³³.

Dunque, arrivare ad una diagnosi porta con sé delle implicazioni che vanno oltre gli elementi strettamente sanitari e, in molti casi, questo significa anche l'accesso o meno ad alcuni diritti. L'esempio che forse chiarifica meglio questo aspetto è quello relativo al percorso per la riassegnazione del sesso. Nel sistema sanitario italiano perché una persona transessuale possa accedere all'assunzione delle varie terapie previste è necessario che uno psicologo o uno psichiatra diagnosticchino la "disforia di genere"³⁴ perché successivamente uno specialista (un endocrinologo e non il medico di base) possa prescrivere gli ormoni sessuali necessari al percorso. Ma se da un lato questo, pur un po' complesso, percorso garantisce l'accesso a un diritto, i movimenti per i diritti delle persone transessuali ne hanno segnalato l'ambivalenza:

"Da un lato, questa regolamentazione è uno strumento che garantisce il diritto delle persone trans ad accedere al servizio sanitario pubblico, conquistato peraltro grazie alle lotte delle stesse persone trans negli anni '70 e '80. Dall'altro, è anche vero che è molto difficile capire dove finisce la tutela del diritto alla salute e dove inizia la "messa sotto tutela", il disciplinamento e il controllo di esperienze che, se non relegate all'eccezionalità della malattia e se non incanalate in un certo

³² Backwin H., *Pseudodoxia Pediatrica*, "The New England Journal of Medicine", 1945.

³³ Brody H. e Waters D. B., *Diagnosis is treatment*, "The Journal of family practice" 10(3), 1980, pp. 445-9.

³⁴ Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), n. 5. In questo caso si fa riferimento al sistema di classificazione elaborato dall'American Psychiatric Association, ma esistono altre catalogazioni come ad esempio quella rilasciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la ICD International Classification of Diseases.

tipo di percorso “da qui a lì” (da un sesso all’altro sesso), rischiano di mettere in questione l’esistenza stessa dei sessi e con essa il fondamento dell’organizzazione eteronormativa e misogina della società” (Consultoria Queer Bologna, 2014: p. 22).

Vengono dunque messi nero su bianco anche i volti nascosti dietro la diagnosi che portano con sé il rischio di produrre meccanismi di esclusione attraverso la costruzione di confini così netti e inappellabili tra cosa è sano e cosa è malato.

Questa riflessione è stata affrontata puntualmente anche all’interno delle correnti di medicina critica che più hanno concentrato la loro attività sulla salute in relazione al mondo del lavoro. In particolare, chi ha riconosciuto alla medicina la funzione prioritaria di mantenere in efficienza la forza-lavoro ha sottolineato gli effetti di questi meccanismi di demarcazione nell’inclusione ed esclusione dal sistema produttivo. Ancora una volta possiamo rintracciare nelle parole di Maccacaro una dura accusa alla funzione strumentale, quando non ancillare, della scienza medica nei confronti del sistema capitalistico:

“D’altra parte io stesso ho concesso che questa medicina non si limita ad escludere e a negare il malato: talora e tuttavia lo *cura* [...] È che per la medicina del capitale la *gestione curativa* del lavoratore è tutta rivolta alla conservazione in lui dell’identità attribuitagli dal sistema produttivo. [...] Nel processo la “cosa” non ridiventi uomo e come tale renda impossibile la restituzione anche se si è compiuta la riparazione. Pertanto deve essere mantenuta nel suo stato, con particolare e assidua vigilanza durante tutto il tragitto sanitario percorso sul filo sottile di questo pericolo: che la “cosa” prenda coscienza, la malattia diventi imputazione e l’imputato sia il capitale stesso. Curare vorrà allora dire [...] ridurre il malato alla sua malattia, la malattia alla sua localizzazione organica, l’organo malato al danno obiettivabile, il danno a un segno e l’uomo fatto cose è diventato cosa di un altro uomo: un padrone o un medico non fa la differenza se la scienza del medico è quella del padrone.” (Maccacaro, 1972: p. XXXIV)

Questo ruolo della medicina nella definizione di corpi adatti o meno alla produzione la si ritrova anche in tempi più recenti, e con sfumature diverse, in alcune riflessioni transfemministe³⁵ in cui il perno viene posto sul fatto che il modello produttivo capitalista sia un ambiente confortevole solo per alcuni tipi di corpi, costruendo privilegi e spazi di esclusione:

³⁵ Con questo termine ci si riferisce ad una corrente del pensiero femminista che intende mantenere in continuo scambio il proprio approccio di genere con i concetti di razza e classe in un’ottica intersezionale. Per una definizione più puntuale, si rinvia al paragrafo 1.3; per un approfondimento sul rapporto tra eteronormatività e mondo del lavoro, si veda Busarello R., Diversity management, pinkwashing aziendale e omo-neoliberismo. Prospettive critiche sul caso italiano, in Zappino F. (a cura di), Il genere tra neoliberismo e neofondamentalismo, Ombre Corte, Verona 2016.

“La società capitalistica contemporanea è un ambiente evidentemente più confortevole per i corpi che sono in grado di sostenere un certo tipo di stress psicofisico, di reggere la stanchezza e l’ansia, di mantenere costante la capacità performativa in ambito lavorativo. Un ambiente di questo tipo probabilmente privilegia i corpi con più testosterone, o forse i corpi con un livello ormonale più costante (come gli assegnati-maschi o gli uomini trans) rispetto a quelli con andamento ciclico (come le assegnate-donne alla nascita che non prendono la pillola). Il privilegio maschile, in questo senso, consiste in un senso di agio e di efficienza/efficacia del proprio corpo rispetto all’ambiente e ai compiti che deve svolgere, prima ancora che nel successo sociale che ne deriva.” (Consultoria Queer Bologna, 2014: p. 18)

In questo caso, il tema non è il processo normativo messo in atto dalla scienza medica nella definizione di ciò che è adatto all’ambito produttivo e di ciò che invece ne va escluso (o espulso), quanto piuttosto un’analisi di come questa forza normativa della medicina si espanda a tutto il contesto sociale, attraversando l’intera popolazione e non unicamente le fasce produttive in quanto tali. Questi aspetti verranno poi ripresi nelle prossime pagine in rapporto alla riflessione femminista storica e contemporanea, ma ciò che emerge da questi elementi è un nuovo sguardo sulla centralità del tema del potere. Se prima ne abbiamo visto i legami in rapporto ai saperi, in questo caso la possibilità di azione che deriva dal potere di includere od escludere corpi e persone si rivela in molteplici frangenti mostrando tutta la propria capacità di produrre effetti enormi sulle vite di ciascuno.

Uno dei primi casi di certificazione di stato di buona salute fu quello richiesto dall’imperatrice Maria Teresa nei riguardi dei propri prigionieri: “[...] Il 5 novembre 1766 l’imperatrice Maria Teresa emanò un editto che imponeva al medico di corte di attestare l’idoneità a subire la tortura in modo da garantire, da parte dei torturati, deposizioni sane ossia precise” (Illich, 1976: p. 101). Questo fatto, richiamato da Ivan Illich in *Nemesi medica* viene utilizzato dall’autore come esemplificazione delle implicazioni extra-sanitarie della certificazione medica e dunque di quale potere dispone il singolo medico:

“In una società medicalizzata l’influenza dei medici non si estende soltanto al portafogli e all’armadietto dei medicinali, ma anche alle categorie cui le persone sono assegnate. La burocrazia medica suddivide gli individui in quelli che possono guidare l’automobile, quelli che possono assentarsi dal lavoro, quelli che debbono essere rinchiusi. [...] Ognuno di questi vari certificati fornisce al titolare uno status speciale basato non sull’opinione civica ma su quella sanitaria” (Illich, 1976: p. 101)

Quanto affermato in queste righe da Illich è molto evidente nelle vite odierne ed ha implicazioni anche nei fatti di cronaca con cui ci confrontiamo quotidianamente. Si pensi, ad esempio, al ruolo degli operatori sanitari che, visitando per primi i migranti appena sbarcati sulle coste europee e, in assenza di documenti comprovanti l'età, devono visitarli e assegnare loro una data di nascita che poi determinerà non solo il futuro del loro percorso migratorio, ma l'accesso o meno ad alcuni diritti, a certe garanzie strettamente dipendenti dal loro essere minori o meno. È dell'agosto 2018 l'inchiesta pubblicata dal giornalista Gatti sull'Espresso in cui emerge come siano i referti medici a sancire (o meno) l'avvenuta tortura sui migranti in Libia: "I medici, che chiedono l'anonimato perché dalle loro diagnosi nessuno possa risalire ai pazienti, hanno tradotto nel linguaggio scientifico quello che vedevano: cicatrici, ustioni, esiti di fratture." Se da un lato si esplicita la traduzione di traumi profondi, che vanno evidentemente oltre gli effetti fisici descritti in linguaggio medico, dall'altra il giornalista e gli operatori sanitari raccontano di come sia difficile anche riuscire a compiere queste visite e di conseguenza fornire agli stessi interessati le certificazioni per la protezione umanitaria:

««I nostri referti», racconta un chirurgo, «sono la minima punta dell'iceberg per svariate ragioni: a volte, per i tempi stretti della navigazione o per le condizioni a bordo non sufficienti a garantire la privacy. Riuscivamo a visitare il trenta per cento delle persone. I certificati di vittime di tortura li abbiamo compilati soltanto per coloro che hanno avuto la forza e l'urgenza di raccontare il perché di certe ferite fin dalle prime ore dopo il soccorso». I certificati, conformi al protocollo di Istanbul per l'accertamento delle torture, sono stati poi consegnati agli interessati perché possano così documentare la loro domanda di protezione umanitaria. E, se richiesti allo sbarco, sono stati depositati agli Uffici di sanità marittima del ministero della Salute.»³⁶

Proprio la molteplicità di livelli per cui può agire in senso normativo la scienza medica rende necessario mantenere molta attenzione sulle forme che essa assume nella sua traduzione pratica all'interno delle istituzioni sanitarie. In particolare, diventa fondamentale riconoscere il potere di cui dispone al fine di strutturare sistemi in grado di supportare e tutelare sia gli operatori che vi lavorano, sia gli utenti che vi si rivolgono al fine di non amplificare le disuguaglianze già esistenti a livello sociale.

Ciò di cui si sente la mancanza in queste critiche, pur fondamentali nell'aprire una breccia nell'idea di una scienza medica monolitica, è l'esplicitazione del "punto da cui si guarda" in una chiave più

³⁶ Gatti F., *Ecco come vengono torturati i migranti in Libia: i referti shock della "pacchia"*, "L'Espresso", 27 giugno 2018 <http://espresso.repubblica.it/inchieste/2018/06/27/news/ecco-come-vengono-torturati-i-migranti-in-libia-i-referti-shock-della-pacchia-1.324217>

profonda. Cominciare ad interrogarsi sul proprio ruolo di operatore della salute, o di paziente potenziale, è evidentemente un passo avanti necessario, ma che richiede di farne seguire immediatamente un altro a partire dalla messa in discussione del proprio posizionamento e delle proprie condizioni di privilegio. È ciò che aggiungeranno, come vedremo, le critiche femministe che per prime posero il problema della specificità della condizione femminile:

“Da qualche anno operai, studenti, medici democratici analizzano i rapporti medicina-lavoro-capitale, rivedendo il concetto di malattia e di salute e lottando contro la nocività nei luoghi di lavoro. Tuttavia, nessuno si pone mai il problema della specificità dell’oppressione della donna per quel che riguarda la medicina.” (Jourdan, 1976: p. 14)

1.3 – Critiche femministe

Una delle critiche più articolate e accese alla biomedicina venne prodotta dai movimenti femministi che negli anni Settanta attraversarono l'Europa e gli Stati Uniti³⁷. Furono infatti molte le esperienze di associazioni e gruppi informali di donne che nacquero in quegli anni, per intervenire da una prospettiva femminista nei molteplici temi della politica, e spesso concentrando le proprie iniziative su tematiche specifiche tra cui, in particolare quella della salute³⁸.

La riflessione femminista fu orientata da una rimessa al centro del corpo, da un'attenzione specifica alle linee di potere che attraversano il genere ed i ruoli sociali storicamente attribuiti a maschi e femmine. Ripartire dai corpi incarnati significa dunque anche rompere con l'idea di un corpo da curare riconducibile ad un astratto "neutro", di fatto sempre pensato al maschile³⁹. Scrive Leonzi:

“Nonostante la scienza medica abbia tentato con ogni mezzo di ridurre le differenze e le difformità tra corpi e parametri, resta tuttavia molto difficile negare la presenza di una soggettività, o più esattamente di un'intersoggettività, e per quanto si faccia per oggettivarlo si finisce per imbattersi nel corpo soggetto, nel corpo vissuto come dato esistenziale irriducibile. Il *mio corpo è il perno del mondo*, osserva Merleau-Ponty, in quando mi fa esistere come soggetto incarnato (1993)” (Leonzi, 1999: p. 70).

Ed è proprio dalla specificità dei bisogni femminili, strettamente connessi anche alle richieste che sulle donne ricadevano attraverso i ruoli sociali loro imposti, che cominciarono a prendere le mosse i primi gruppi e collettivi di donne in Italia.

Il primo collettivo femminista fu il gruppo Demistificazione Autoritarismo - Demau di Milano, che diffuse nel 1965 il suo primo manifesto, ma nell'arco di un decennio la mobilitazione femminista si fece ampia e radicata in tutta Italia, pur con alcune differenze geografiche. In quegli stessi anni, sulla spinta del fermento politico e culturale che era nato entro le fasce più giovani della popolazione per poi diffondersi a tutta la società, vennero approvate numerose leggi nel tentativo di calmare le acque delle mobilitazioni. Come scrive Ergas:

³⁷ Si ricordano ad esempio le Self-help clinics statunitensi.

³⁸ Per una più dettagliata panoramica dei movimenti femministi in Italia si veda ad esempio Lussana F., *Il movimento femminista in Italia: esperienze, storie, memorie, 1965-1980*.

³⁹ Come messo in luce da Busi e Fiorilli, in realtà il dibattito interno era molto acceso – e in molti casi lo è ancora. Ad esempio, dure critiche erano sorte tra le femministe nere relativamente alla “bianchezza” e dai gruppi lesbici per la “eteronormatività” delle politiche su corpo, salute e medicina elaborate entro i movimenti femministi della seconda ondata. Altrettanto profonde furono le critiche rivolte ai gruppi femministi che, nel rifiuto dell'intervento medico tout court, proponevano un approccio essenzialista. (Busi e Fiorilli, 2014: pp. 9-10).

“Sebbene le nuove politiche non nascano sempre sulla scia del femminismo, esse ne scandiscono però il ritmo evolutivo. Così, ad esempio, allorché nel '75 il movimento in piena espansione polarizza l'attenzione generale attorno alla campagna per la liberalizzazione dell'aborto, il Parlamento approva la legge quadro sui consultori familiari con un significativo – ma fallimentare – tentativo di deflettere l'opinione pubblica dal più scottante tema, ad uno attorno al quale si potevano invece più facilmente stabilire accordi interpartitici” (Ergas, 1986: p. 89).

Inserendosi nelle critiche al sistema di rapporti tra medicina, lavoro e capitale, le femministe cominciano a porre il problema di una medicina che, pur cominciando a interrogarsi per quanto riguardava la linea di classe, manteneva immutata quella di genere proponendo una nuova oggettività che, in modo più sottile, contribuiva “al mantenimento dell'ideologia del ruolo femminile” (Jourdan, 1976: p. 14; Percovich, 1975: pp. 9-14).

[...] facendosi diretta continuatrice della misoginia della chiesa, la medicina ha usato la sessualità della donna, repressa negata e snaturata, contro la donna stessa, per escluderla dal sociale e dal potere, non più per motivazioni religiose (le donne hanno un'anima?) ma in virtù di una nuova “scienza”, la biologia. [...] Ma proprio mentre la medicina dimostra in maniera così apparentemente ineccepibile il destino naturale della donna, per altre donne, e cioè per la massa, non esiste neanche. La donna del popolo è sempre stata e continua ad essere una macchina che deve lavorare, produrre e riprodurre, che non ha il diritto di ammalarsi nemmeno per un momento. E non finisce qui il disinvoltato camaleontismo della medicina: anche la “signora per bene” può lavorare, se proprio ci tiene, addirittura in campo medico, purché resti nel suo ruolo subordinato tipicamente femminile, infermiera, vicemadre, missionaria [...] Ecco dunque l'importanza di saper quale ruolo la medicina ha giocato e gioca tuttora nel determinare il ruolo dipendente della donna nella nostra società. Dobbiamo avere ben chiaro con quale bell'esempio e cardine della società sessista e classista ci troviamo a che fare. Dobbiamo lottare per appropriarci di quelle conoscenze per noi essenziali, da cui siamo state tenute lontane forzatamente [...]” (Percovich, 1975: pp. 9-14)

Fu in questa prospettiva che le femministe cominciarono a mettere fortemente in discussione anche tutte quelle correnti critiche che non riconoscevano i differenti modi con cui il potere agisce su uomini e donne: “Non c'è via d'uscita se non si comprende che la “gestione del potere” non è uguale per tutti ma si qualifica diversamente nei confronti delle donne e degli uomini, e che gli uomini stessi, pur essendo lavoratori e sfruttati partecipano a questa gestione” (Jourdan, 1976: p. 16) e l'accusa che viene rivolta anche alla “nuova medicina, che vuole mettersi dalla parte dei lavoratori contro il

capitale [...]” è di ricadere, quando si riferisce alle donne “in schemi vecchi di secoli, proponendoli però come avanzati⁴⁰” (Jourdan, 1976: p. 14).

Le critiche si riversarono dunque anche sui movimenti di opposizione che attaccando la scienza medica in quanto classista, lasciavano al margine lo sguardo di genere. Si apre così una frattura significativa quando le donne cominciano a rivendicare un coinvolgimento diretto nel mondo della scienza e della medicina. Esattamente come era stata riconosciuta la scienza medica in quanto strumento nato in seno alla classe borghese e dunque funzionale alla riproduzione dei rapporti di potere esistenti, escludendo la classe operaia, le femministe rivendicano la necessità di rompere con una medicina maschile in cui, “finché saranno gli altri ad occuparsi della nostra salute, difficilmente le nostre esigenze saranno riconosciute e rispettate” (Jourdan, 1976: p. 16). Parafrasando Maccacaro, Jourdan scrive che “la donna deve riprendere in mano la sanità, perché essa, in definitiva, è sua. E se non la riprende in mano ne sarà schiavizzata sempre più, e proprio per opera di coloro che pretendono di parlare in suo nome o in nome di nuove “obiettività scientifiche” (Jourdan, 1976: p. 16).

Sempre nel volume *Insieme contro*, Jourdan sottolinea che solo attraverso una lotta collettiva si può costruire una scienza alternativa fondata sui bisogni reali che emergono attraverso i momenti di autocoscienza su sessualità, maternità e riappropriazione del corpo: “Solo così verrebbe modificato il ruolo dello scienziato e del medico, la cui ricerca viene oggi diretta dalle leggi capitalistiche invece che dal reale bisogno delle masse.” (Jourdan, 1976: p. 45).

Ciò che si vuole riprendere è, dunque, il controllo del proprio corpo, riconoscendo nell’espropriazione di esso il fondamento della propria condizione di sfruttamento e oppressione. Da un lato si procede mettendo in evidenza quelle forme medicalizzate di malesseri originate da cause sociali ed economiche, mentre dall’altro, si comincia ad accusare apertamente il ruolo di riproduzione sociale imposto alle donne come causa di malattia:

“Le condizioni materiali e i rapporti sociali dentro i quali si svolge la nostra vita sono un continuo attacco alla nostra salute fisica e al nostro equilibrio psichico. [...] Il nostro corpo è costretto a negarsi in quanto corpo [...] Diventa così soltanto una macchina che: produce bambini per lo stato e li alleva finché non sono autosufficienti, abortisce tutti quelli che secondo la politica demografica sono in più, riproduce attraverso duro lavoro non pagato dentro casa quella parte di lavoratori (i maschi) salariati che sono stati liberati dai lavori domestici per essere meglio sfruttati in fabbrica, in cantiere, in ufficio. [...] A differenza del petrolio, della energia elettrica, il corpo della donna è fonte di energia che allo stato non costa nulla. Il nostro corpo però, costretto a funzionare come una macchina, si ribella continuamente. Ecco la vera origine dei nostri mali di

⁴⁰ Si veda anche Autori Vari, *Donna salute e lavoro*, Mazzotta, Milano 1975.

testa, della nostra stanchezza, del nostro nervosismo, della frigidità, dell'aggressività improvvisa, di tutte quelle malattie che la scienza e la medicina "ufficiale" hanno bollato come "tipicamente femminili, poco importanti, isterismi, nevrosi, ... Anche la pazzia può essere la risposta del nostro corpo ad una situazione nella quale si sente intrappolato, senza speranza né via d'uscita."⁴¹

Quindi, dato che il riduzionismo tipico dell'approccio sanitario occidentale si fonda unicamente sulla verifica attraverso valutazione empirica di valori non rientranti nei parametri di normalità, sottovalutare le cause sociali - supportate o meno da significativi squilibri biologici-, porta nella direzione di riprodurre quei ruoli che inferiorizzano le donne.

Il dibattito sul tema era molto acceso anche oltreoceano e nel 1975 venne tradotto in italiano un testo delle femministe americane Ehrenreich e English con il titolo *Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna*. Si tratta di una ricostruzione situata dei passaggi che hanno portato all'affermarsi della biomedicina provando a mettere a fuoco i rapporti di potere che ne hanno accompagnato la formalizzazione attraverso una lente intersezionale⁴², capace quindi di cogliere le implicazioni non solo relative al genere, ma anche alla classe sociale e alla provenienza geografica. La critica portata da Ehrenreich ed English ampliava quella riscontrata in ambienti marxisti e di critica radicale (maschile) al ruolo della scienza medica ricostruendo la genealogia della sua nascita e sviluppo come strumento di potere della classe borghese agito anche attraverso sessismo e razzismo.

"Abbiamo scelto questo periodo [1865-1920] perché in esso si è verificata una svolta importante: i fondamenti del sessismo, da religiosi che erano, sono diventati scientifici e si è formata la classe medica così come noi la conosciamo, cioè una élite maschile che detiene il monopolio legale della medicina." (Ehrenreich e English, 1975: p. 85)

A partire dalla caccia alle streghe, donne che per secoli erano state le sole detentrici del sapere sui corpi e sul contrasto alle malattie, e ricostruendo la genealogia della progressiva istituzionalizzazione della medicina, ciò che emerge è una progressiva espulsione delle donne dai saperi sul corpo per ricostruire, anche attraverso la nascente scienza medica moderna, un'idea naturalizzata di femminile.

"L'ideologia scientifica da quando ha perduto anche le ultime vestigia del moralismo religioso è diventata anche più mistificante e più efficace come strumento del potere. Speriamo che la storia

⁴¹ Movimento femminista di Venezia-Mestre, «Ciao, come stai?» - «Male...», Mestre, 5 marzo 1975, p. 1 in Jourdan, 1975.

⁴² Per una definizione e descrizione puntuale del significato e della genealogia del concetto di intersezionalità, si rinvia a Bonfiglioli C., Cirillo L., Corradi L., De Vivo B., Farris S.R., Perilli V., *La straniera. Informazioni sito-bibliografiche e ragionamenti su razzismo e sessismo*, Ed. Alegre, Roma 2006

che presentiamo qui contribuirà ad aumentare la fiducia e la capacità della gente di vedere che cosa sta dietro le “razionalizzazioni” che sono il travestimento “scientifico” del potere” (Ehrenreich e English, 1975: p. 88).

Le donne del Gruppo Femminista per una Medicina della Donna di Milano scrivevano che “Nei confronti della “scienza medica” e dei suoi “sacerdoti” abbiamo ancora tutti, uomini e donne, un atteggiamento dipendente e passivo, ma tali dipendenza e passività sono per noi donne più pericolose e cariche di conseguenze” (1974) e Jourdan problematizza la necessità di una maggiore consapevolezza nel ruolo della scienza medica nella vita della donna:

“[...] abbiamo bisogno del medico molto più spesso degli uomini; abbiamo delle scadenze particolari (gravidanza, parto, aborto, figli ammalati, ecc.) in cui inevitabilmente dobbiamo scontrarci con l’organizzazione sanitaria senza essere in grado di controllare cosa ci viene fatto. [...] Siamo in balia delle opinioni personali dei medici, nel migliore dei casi della loro “buona volontà”. Siamo in balia delle industrie farmaceutiche che sperimentano e mettono in commercio ciò che risponde meglio ai loro interessi. Per questo non si può continuare a lasciare ad altri il controllo e la gestione di una scienza così vitale per noi.” (Jourdan, 1976: p. 9)

Ehrenreich ed English però vanno oltre il tema del sessismo per mettere in luce come l’approccio della medicina e della scienza, nate nell’alveo della rivoluzione borghese, non solo naturalizzino e giustifichino attraverso presunte evidenze biologiche i ruoli di genere, ma agiscano nello stesso modo anche lungo la linea di classe (costruendo ad esempio due modelli di femminile diverso, per le donne “malate” delle classi agiate e per le donne “portatrici di malattie” di quelle popolari) e la linea del colore:

“L’attenzione di questo nostro scritto è focalizzata sulle donne e i loro rapporti con la pratica e le credenze mediche. L’argomento però supera l’ambito della medicina in quanto tale, e interessa anche i problemi comuni a tutte le categorie degli oppressi. Nel periodo storico che abbiamo studiato, la scienza in generale è stata usata per giustificare le ingiustizie sociali imposte non soltanto dal sesso, ma anche dalla differenza di classe. La tecnologia industriale servendosi del lavoro di milioni di lavoratori, ha creato la ricchezza della classe dirigente che ancora oggi governa l’America. Se la tecnologia ha potuto dare ricchezza e potere ad alcuni uomini, certamente la *scienza* ha potuto giustificare il loro potere. Così il razzismo e il sessismo si sono allontanati dal regno del pregiudizio per passare nella luce delle scienze “oggettive”. Gli immigrati neri ed europei sono stati descritti come congenitamente inferiori rispetto ai protestanti anglosassoni; si è detto che hanno un cervello più piccolo, muscoli più sviluppati, e

molti altri caratteri sociali “ereditari”. L’oppressione razzista e quella di classe, così come l’oppressione sessuale, non erano considerate quindi antidemocratiche: erano semplicemente normali.” (Ehrenreich e English, 1975: pp. 86-87)

È dunque sui rapporti di potere che agiscono nell’intersezione tra genere, razza e classe che il tema della salute viene posto al centro della riflessione teorica femminista degli anni Settanta e diventa terreno di intervento politico. Un passaggio decisivo in Italia per la diffusione di uno sguardo critico sul ruolo della medicina nei confronti della donna fu la mobilitazione per il diritto all’aborto libero e sicuro, ma il tema del corpo, della sua cura e dell’autodeterminazione furono i tratti comuni delle iniziative attuate in quegli anni anche oltre questo tema specifico. Come si vedrà nelle prossime pagine, molti collettivi diedero vita, a partire dal 1974 a Case per la Salute della Donna in cui, oltre a fornire informazioni e – in alcuni casi – servizi e visite ginecologiche, si discutevano e affrontavano collettivamente le implicazioni sociali e politiche di una scienza medica così fortemente connotata. Curando una raccolta di contributi sull’andamento del servizio dei consultori familiari cinque anni dopo l’approvazione della legge 405 del 1975, Franca Manoukian Olivetti ha dato conto della capacità della proposta femminista di farsi “modello-contro”, un “antimodello” mantenendo la presenza contemporanea di elementi di contrapposizione, solidarietà e appropriazione. E questo vale anche per quanto riguarda le strutture operative e le pratiche:

“Contro la segregazione della singola donna all’interno della famiglia borghese e dei suoi ruoli ascritti, si fonda il collettivo, che rompe l’isolamento e la singolarità, che permette di accedere a una cognizione più allargata e critica su di sé, sulla propria collocazione sociale, sulla società in generale. Contro la disumanità dell’intervento medico si organizza e si pratica l’auto-visita e il self-help. Si tratta quindi del ricorso a strumenti di intervento caratteristici di una situazione di emergenza e di lotta, in cui all’esiguità delle risorse economiche e conoscitive si supplisce con la solidarietà e l’impegno. (Manoukian Olivetti, 1980: pp. 28-29)

Si approfondirà poco più avanti l’aspetto dell’intervento materiale e della proposta politica femminista, ma da questo stralcio emerge l’intento con cui i collettivi proponevano iniziative sulla salute delle donne orientandole fin da subito alla costruzione di un immaginario complessivo fondato su relazioni sociali differenti.

È già emerso in alcuni frangenti, ma si vuole qui entrare nel merito dei processi di medicalizzazione perché particolarmente utile a comprendere la complessità dei modi attraverso cui medicina e società si intersecano. Con questa locuzione ci si riferisce “agli effetti performativi delle categorie del sapere medico-scientifico nell’organizzazione delle possibilità espressive dei nostri corpi e al ruolo della

biomedicina nella definizione delle norme che regolano la loro intelligibilità” (Busi e Fiorilli, 2014: p. 6).

Le donne di allora ebbero la capacità di riconoscere e denunciare l’invasività dei processi di appropriazione all’interno della sfera di intervento sanitario di fatti sociali - come il ciclo mestruale, la gravidanza o il parto- e soprattutto come questo finisse per agire un potere incontrastato sui corpi delle donne, escludendole paradossalmente da quanto avveniva su loro stesse. Scegliendo di ripartire dalla riappropriazione dei saperi sui propri corpi le attiviste di allora rupero con l’idea di un sapere a senso unico, privatistico ed esclusivo. Celebre è il caso del manuale *Our body ourselves* scritto a più mani dalle attiviste di un collettivo femminista di Boston insieme ad alcuni operatori sanitari. Questo testo, poi tradotto in decine di lingue nel mondo, fu costruito a partire da visite e osservazioni collettive sperimentando una relazione tra saperi innovativa in cui loro stesse scoprirono “di essere perfettamente in grado di raccogliere, capire e valutare ogni informazione medica. [Scoprirono di poter] discutere e ragionare insieme in uno spirito nuovo di cooperazione e non più di competizione.” (The Boston Women’s Health Book Collective, 1969: p. 9).

Fin dall’inizio questo testo si è proposto come materiale di cui poter usufruire sia singolarmente che in momenti di gruppo, pubblici e non. Le pratiche elaborate dalle femministe di allora, quali il self help o l’autovisita, hanno avuto il merito di essere sia gli strumenti attraverso cui ci si riappropriava delle conoscenze sul proprio corpo e si incentivava la propria consapevolezza di sé e dei propri diritti, ma anche di essere stati strumenti collettivi per rompere l’isolamento e l’ignoranza entro cui le “pazienti” di allora venivano relegate dando una spinta fondamentale alla libertà di scelta riproduttiva, ma anche per una maggiore consapevolezza della propria fisiologia e sessualità.

Nel corso degli anni anche le lotte LGBT hanno affrontato in maniera strutturale il tema della salute arricchendo ulteriormente quel caleidoscopio di alternative alla visione biomedica aperto dalle pratiche femministe.

Fu ad esempio fondamentale il ruolo del movimento ActUp! attivo negli Stati Uniti che, avviando un processo di organizzazione politica orientato alla rivendicazione del diritto alla salute e alla vita per le persone omosessuali (Busi e Fiorilli 2014), attuò campagne di massa per contrastare lo stigma sociale associato alla diffusione dell’AIDS⁴³. In tempi più recenti è stato il movimento intersex/dsd a problematizzare la “normalizzazione” per via chirurgica di genitali “ambigui”, procedura che avviene sui neonati e dunque senza alcuna possibilità, da parte del soggetto interessato, di esprimere la propria volontà (Busi e Fiorilli, 2014). Un ulteriore fondamentale contributo è quello che proviene dai movimenti transessuali e dalla riflessione che hanno portato a proposito delle contraddizioni che la medicalizzazione pone nel processo di normazione della loro condizione così come presentato nel

⁴³ Si ricordi che la stessa omosessualità è stata considerata dai DSM una malattia fino all’inizio degli anni Novanta.

precedente paragrafo. Osservando tutti questi esempi, risulta evidente la rudezza con cui la norma eterosessuale si relaziona con la scienza medica ed agisce sul controllo dei corpi ed in particolare su tutti quelli eccedenti.

È un fatto noto che l'omosessualità sia stata tolta dalla sezione “disordini mentali” dell'*International classification of diseases* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità solo nel 1990⁴⁴, mentre la transessualità (*gender incongruence*) è stata spostata dalla categoria di disagio mentale solo nel giugno 2018 e riposizionata tra le condizioni relative alla salute sessuale⁴⁵; questo, tra le altre cose già emerse, permette di evidenziare come l'attribuzione di carattere patologico a comportamenti o condizioni che fuoriescano da ciò che i rapporti di potere definiscono “normale” in un determinato periodo storico debba interrogare profondamente ogni riflessione sui limiti del modello sanitario attuale: è necessario partire dalla “consapevolezza che il sapere biomedico aveva storicamente costruito corpi, sessualità e piaceri non etero-riproduttivi come intrinsecamente “malati”⁴⁶” (Busi e Fiorilli, 2014: p. 6).

Questa riflessione su rapporti di potere, medicalizzazione e corpi eccedenti accompagna ancora oggi i dibattiti dei movimenti transfemministi⁴⁷ e queer in Italia così come in tutto il mondo⁴⁸. Come visto in precedenza nel caso delle persone transessuali, è necessario riconoscere la complessità del nesso che intercorre tra corpi, desiderio e medicina per mantenere un approccio che possa essere realmente universale, non solo da un punto di vista teorico, ma anche nella definizione di sistemi sanitari includenti. Ritroviamo ad esempio nelle parole degli e delle attiviste della Consultoria Queer di Bologna la volontà di mettere nero su bianco questo passaggio per riconoscerne non solo i limiti e i rischi coercitivi, ma anche il potenziale di liberazione che ne può derivare:

“La critica consapevole della medicalizzazione obbligatoria non è per forza sinonimo di rifiuto e demonizzazione delle tecnologie biomediche e dei servizi sanitari, ma è di sicuro uno strumento che ci permette di acquistare agency nel rapporto medico-paziente, sia a livello personale sia a livello collettivo, proponendoci come soggetti attivi nella produzione dei discorsi sulla salute intesa come benessere.” (Consultoria Queer Bologna, 2014: p. 21)

⁴⁴ International Classification of Diseases – OMS. Numero 10, maggio 1990.

⁴⁵ International Classification of Diseases – OMS. Numero 11, giugno 2018 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>

⁴⁶ Ci si riferisce qui, in particolare, all'esperienza di ACT UP! Si veda il sito <http://www.actupny.org/>

⁴⁷ Con questa definizione ci si riferisce qui ad una corrente femminista nata in ambito americano e ispanofono a partire da una critica ai limiti del femminismo occidentale ed orientato all'inclusione delle specificità portate dal femminismo nero, indio, lesbico, ecc. Koyama E., *The Transfeminist Manifesto*, 2003 e Red PutaBolloNegraTransFeminista, *Manifesto para la insurreccion transfeminista*, 2010.

⁴⁸ Ci si riferisce ad esempio ai lavori svolti dal Tavolo Salute del movimento Non una di meno al fine di scrivere un Piano contro la violenza maschile sulle donne (2017) https://nonunadimeno.files.wordpress.com/2017/11/abbiamo_un_piano.pdf, ma anche alle mobilitazioni per l'aborto libero in Irlanda, Argentina, Polonia, così come alla riflessione sulla violenza ostetrica portata avanti in Brasile e Spagna.

Il contributo del pensiero femminista ha dunque permesso di aprire nuovi orizzonti critici che non si sono limitati all'elaborazione teorica, ma hanno sperimentato pratiche che si proponevano come strade altre, rispetto alla biomedicina, per "fare salute". Quegli interrogativi, pur risentendo dell'andamento carsico dei movimenti femministi, hanno accompagnato la riflessione fino ad oggi. Il tema della non neutralità dei corpi, del rapporto di potere che si instaura tra saperi esperti e non, della relazione tra donna e medico, dell'istituzionalizzazione di pratiche mediche non sessiste, razziste o classiste è stato ripreso dai femminismi delle ondate più recenti sia in Italia che nel resto del mondo.

Si è voluto sottolineare qui la grande capacità innovativa e propositiva che ha avuto il movimento femminista, ma questo non significa soffermarsi unicamente sugli aspetti, pur fondamentali, relativi all'iniziativa politica e all'attivazione di pratiche alternative a quelle della biomedicina. Ciò che ancora oggi è innovativo nell'approccio femminista (e ancor più precisamente, transfemminista) è la sua connotazione intrinsecamente intersezionale che, a partire dalla specificità della condizione femminile, rimette in discussione l'intero impianto di potere che informa la scienza medica e che agisce attraverso le linee di genere, razza e classe creando discriminazione ed esclusione. Entro una riflessione complessiva, di genere e situata, questo approccio rompe con l'idea di un paziente (e di un medico) neutro per costruire un immaginario sulla salute che tratteggia un sistema di relazioni sociali improntato ad una maggiore giustizia sociale e ad un miglioramento della qualità della vita per tutti e tutte.

È chiaro a questo punto che l'inclusione di una prospettiva di genere sollecita fortemente un aggiornamento dei paradigmi teorici che attraversano la sociologia della salute. Così il percorso nato dai movimenti femministi si tramuta oggi in una sfida ad includere il genere nella sua portata esplicativa della pluralità reale.

1.4 – Esempi storici di medicina sociale

Come già detto, gli anni Settanta italiani sono stati contraddistinti da tensioni sociali profonde in cui, relativamente al tema della salute, si sono prodotte normative più moderne, in linea con la tendenza europea generale⁴⁹, ma sono state sperimentate anche una moltitudine di iniziative da parte di collettivi, gruppi informali, équipe miste di medici e altri operatori del settore e non. Il 1978 viene ricordato come l'anno in cui furono approvate tre leggi fondamentali per la trasformazione del sistema sanitario italiano nel suo complesso: nel maggio vennero approvate il 13 la legge 180 sugli “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, la cosiddetta legge Basaglia, il 22 la legge 194 concernente le “Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza” ed in dicembre dello stesso anno fu la volta della legge 833 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Prese forma giuridica dunque, nell'arco di meno di dodici mesi, l'iniziativa dei movimenti che su questi temi avevano avviato iniziative di sensibilizzazione e di proposta nel corso del decennio precedente. Il tema della salute fu trasversale a molte istanze ed è stato al centro di specifici episodi che si sono avvicinati in tutto il Paese⁵⁰ come, ad esempio, le iniziative nate come risposta popolare all'epidemia di colera a Napoli nell'estate 1973 oppure intorno all'incidente dell'ICMESA di Seveso nel 1976. Ma ci furono anche progetti sorti non sulla scorta di estemporanei episodi di cronaca, ma all'interno di percorsi di iniziativa pluriennali come fu per le Case della Salute della Donna oppure in contesti specifici in cui si sperimentarono, a partire dall'iniziativa di gruppi di medici, delle pratiche di salute collettive e alternative alla sanità (delle mutue) di allora come ad esempio il Centro di Medicina Sociale di Giugliano.

Ciascuno di questi esempi, a cui potrebbero aggiungersene però molti altri in quegli anni, permette di aggiungere uno sguardo specifico su una parte dell'articolato spaccato del dibattito sulla salute che attraversò i movimenti sociali e gli operatori del settore in quegli anni. Ciò che teoricamente veniva proposto come critica al modello sanitario e alla biomedicina non si fermò dunque a disamine teoriche, ma provò ad essere sperimentato nel concreto costringendo le persone a confrontarsi con la materialità dell'efficacia della propria azione, con i limiti che iniziative non istituzionali potevano incontrare e con i processi di sussunzione che, attraverso le leggi approvate in quegli anni, venivano messi in atto.

⁴⁹ Per quanto riguarda i dettagli relativi ai passaggi normativi si rimanda al capitolo 2.

⁵⁰ Non ci si soffermerà qui sulle sperimentazioni relative specificamente alla salute mentale come quelle attuate da Basaglia o da Piro, ma anch'esse fecero parte della mobilitazione sulla salute che portò a cambiamenti radicali nel sistema sanitario italiano. In particolare, per quanto riguarda l'esperienza del Centro di medicina sociale di Giugliano, venne ideato da alcuni medici che si separarono dal laboratorio di Trieste mantenendo la stessa impostazione ma provando ad andare oltre i confini della riforma psichiatrica per agire anche nell'ambito della medicina sociale.

Molto è stato scritto relativamente alle attività alternative messe in atto da Basaglia e dai suoi collaboratori nell'ambito della salute mentale, a partire dalle prime sperimentazioni di introduzione del modello delle comunità terapeutiche fatte nell'istituto psichiatrico di Gorizia fin dal 1962 per arrivare ai laboratori e alle altre attività “anti-istituzionali”⁵¹ messe in atto quando divenne direttore del manicomio di Trieste nel 1972. L'idea di introdurre modalità non contenitive (né fisiche né chimiche), di dar voce ai pazienti e riconoscerne la possibilità di autodeterminazione, di ridefinire la salute e la malattia mentale nonché i protocolli di trattamento, sono temi al centro di tante sperimentazioni in quegli anni e sono state d'ispirazione per i sistemi sanitari relativi alla salute mentale in molte parti del mondo⁵². Questa ondata dell'antipsichiatria ha avuto la forza non solo di rompere l'idea del malato psichiatrico da emarginare dalla società, ma anche di eliminare l'idea del manicomio, luogo che per molti decenni era stato utilizzato come spazio senza uscita in cui relegare soggetti eccedenti.

Un altro aspetto importante ai fini di questa ricerca è l'attualità dei discorsi che allora cominciarono ad emergere dentro queste esperienze e che restano a tutt'oggi innovativi e spesso poco esplorati. Come si vedrà nel dettaglio in riferimento ai casi specifici, queste esperienze si proposero come alternative non solo operative, ma rivendicando il proprio intento politico, anche interrogando la scienza medica e l'organizzazione della sanità. Queste sperimentazioni, sicuramente evocative, aprirono diverse domande che si ritrovano ancora oggi nel dibattito su salute e sanità come ad esempio la problematizzazione del rapporto con le istituzioni e dunque il rischio di sussunzione di questi approcci come buone pratiche di fatto marginalizzate entro uno schema sanitario improntato alla biomedicina. Entro questa riflessione resta aperta anche la scelta, compiuta in modi differenti dai vari gruppi, di interagire o meno con i medici e gli operatori sanitari e di farlo dentro o fuori l'istituzione sanitaria.

Periodicamente emerge anche il tema della complessità con cui nella società contemporanea vengono posti in relazione il diritto alla salute ed il lavoro. Si è visto nei paragrafi precedenti come negli anni Sessanta e Settanta uno dei fulcri delle lotte operaie fu la tutela della salute sui luoghi di lavoro⁵³, grazie alle quali sono stati introdotti alcuni dispositivi normativi di tutela con l'entrata in vigore dello Statuto dei lavoratori nel 1970. Attraverso studi e approfondimenti sugli effetti della produzione industriale, è cominciato ad emergere alla fine degli anni Settanta come l'inquinamento e la nocività

⁵¹ Con questo aggettivo ci si riferisce al movimento “fortemente impegnato nell'organizzazione dei nascenti servizi territoriali e nella costruzione di nuovi spazi di espressione della soggettività dentro il contratto sociale, fuori dalla delega e dalla tutela del tecnico” (Ierna, 2014). Si veda anche Basaglia F., *La Pratica Anti-istituzionale*, in *Lega Obiettori di Coscienza* (a cura di), Il servizio civile in Italia, Savelli, Roma, 1976.

⁵² Basaglia F., *Conferenze Brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano 2018.

⁵³ Basaglia et al., *La salute in fabbrica*, vol I, Savelli, Roma 1974; Targowla O., *I medici dalle mani sporche*, Feltrinelli, Milano 1978; Stellman J. M. e Daum S. M., *Lavorare fa male alla salute*, Feltrinelli, Milano 1975.

prodotti dalle fabbriche avessero ricadute non solo sui lavoratori, ma anche sui contesti in cui esse sorgevano. Alcune produzioni in particolare, come l'amianto⁵⁴ o le aziende chimiche, resero evidenti i rischi anche per la popolazione residente. Il nodo ancora irrisolto, nonostante qualche tentativo sporadico di riconversione, è quello del ricatto economico che agisce in questi contesti. Recentemente il dibattito pubblico nazionale si è soffermato sulla situazione all'Ilva di Taranto proprio perché il tema del lavoro viene posto in contrapposizione con quello della salute. La necessità di avere un reddito, si scontra con la nocività delle produzioni e dunque con gli effetti sulla salute per tutta la popolazione che abita nei dintorni degli stabilimenti che, paradossalmente, è spesso composta dalle famiglie degli stessi lavoratori. Al di là dei casi più noti, come ad esempio il Petrolchimico di Marghera, fenomeni di questo tipo interrogano molte aree in Italia⁵⁵. Nella sola area napoletana, oggetto di uno dei due studi di caso di questo lavoro, gli situazioni di questo tipo sono diversi, uno su tutti quello dell'Italsider di Bagnoli -cui vennero aggiunte all'inizio degli anni Sessanta Cementir, Montecatini ed Eternit- a cui, dopo la chiusura delle aziende nei primi anni Novanta non fece seguito alcuna bonifica nonostante lo stanziamento di fondi e la definizione di progetti di recupero dell'area. Si è svolto un processo per l'individuazione dei responsabili del disastro ambientale, avvenuto peraltro in una zona di interesse ambientale e storico di cui rimangono poche tracce nascoste dal degrado urbano dell'impianto dismesso e di una urbanizzazione che ha soffocato l'intera area, ma la situazione sul territorio, al momento, è ancora invariata⁵⁶.

Sul finire dell'agosto 1973 si diffuse nella città di Napoli un'epidemia di colera che ebbe un enorme impatto dal punto di vista sociale sugli abitanti della città, ma soprattutto sugli immaginari a livello locale e nazionale⁵⁷. In quei giorni vennero fatte centinaia di migliaia di vaccinazioni alla popolazione anche con il supporto della marina militare americana che mise a disposizione siringhe usa e getta. Il consumo di cozze venne individuato come vettore, ma solo tardivamente si ipotizzò che il probabile avvio dell'epidemia fosse dovuto ad una partita di molluschi provenienti dalla Tunisia e non da quelli coltivati nel golfo di Napoli. L'impatto però fu tale che a seguito di questo episodio si modificarono alcune abitudini alimentari e vennero imposti divieti che incisero fortemente su diverse attività

⁵⁴ Si veda ad esempio Autori Vari, L'emergenza amianto in un'area urbana: l'esperienza di Bari, Ep Quaderni, anno 31 gennaio-febbraio 2007.

⁵⁵ Per una panoramica della casistica, si veda ad esempio <https://www.medicinademocratica.org> e <http://www.sostenibilitaesalute.org>. Ampia è la letteratura su singoli episodi, si cita qui Cirillo F. e Pacchiano L., Marlane. La fabbrica dei veleni, ed. Coessenza; Casson F., La fabbrica dei veleni. Storie e segreti di Porto Marghera, ed. Sperling & Kupfer; Michelino M. e Trollio D., Amianto: morti di progresso, ed. Del Faro.

⁵⁶ Di Dato M., Sulla riqualificazione ambientale e urbanistica di Bagnoli, in Rossomando L. (a cura di), Lo stato della città, Ed. Monitor, Napoli 2016, pp. 46-66.

⁵⁷ Il numero dei morti di questa epidemia così come quello dei ricoverati non è confermato da tutte le fonti, ma le vittime dovrebbero essere state tra 12 e 24, mentre i ricoveri ospedalieri dovuti all'infezione furono circa un migliaio. Anche la causa di innesco dell'epidemia ha sollevato qualche dubbio a causa del mancato ritrovamento nelle cozze esaminate del vibrione causa del colera che era invece stato individuato attraverso le analisi del sangue sui pazienti.

economiche e, nel frattempo, attraverso le indagini condotte per cercare di risalire alla causa prima di questo contagio, emerse un alto livello di inquinamento del mare, ma anche condizioni delle reti fognarie non in grado di reggere una città di quelle dimensioni ed una serie di altri problemi gestionali fino a quel momento sottovalutati dalle amministrazioni pubbliche. Ciò che qui interessa recuperare di questo episodio fu però l'esperienza della Mensa dei Bimbi Proletari⁵⁸ attiva nella città partenopea fin dal 1972, su iniziativa di alcuni attivisti di Lotta Continua, con attività sociali e, appunto, come mensa rivolta ai bambini delle classi popolari del quartiere Montesanto, nel centro storico. Il fulcro dell'iniziativa era quello di fornire ai bambini della zona un pasto caldo al giorno, ma le iniziative proseguivano poi nel pomeriggio con laboratori manuali e musicali, doposcuola e altre che si alternarono negli anni seguenti. Questa iniziativa nacque come tentativo di attivare un meccanismo di presa di coscienza e rivendicazione di diritti tra le fasce di popolazione più povera di Napoli:

“La condizione di Napoli all'inizio degli anni Settanta era disastrosa: evasione scolastica altissima, miseria, mortalità infantile del 70 per mille, epidemie come il colera, che scoppiò nell'agosto del '73. [...] le nostre priorità si presentavano senza gerarchie di sorta: forme di lotta al fianco degli operai, del sottoproletariato e quindi per l'infanzia, l'anello più debole. Quella di dedicare attenzione ai bambini fu un'intuizione nuova per Napoli ma si innestava in un filone di pensiero che individuava i bambini come elemento di trasformazione sociale, non solo piccoli da accudire. La sfida era restituire ai piccoli la loro infanzia.”⁵⁹

Per fare ciò il gruppo si formò a partire dalle teorie pedagogiche più innovative dando non solo uno spazio fisico ai bambini e ai giovani del quartiere, ma anche strumenti per comprendere ciò che li circondava valorizzando gli interessi di ciascuno.

In quegli anni la situazione cittadina era molto complessa con il boom industriale che riguardava i centri del nord Italia, ma che non aveva avuto lo stesso impatto in loco se non, molto parzialmente, con gli impianti Italsider a Bagnoli e lo stesso sostentamento era un problema concreto per molte famiglie. Nelle parole di Peppe Carini emerge tutta la drammaticità e al tempo stesso il senso profondo che animò gli ispiratori della Mensa:

⁵⁸ Sannucci C., *La rivoluzione fatta dai bambini: la mensa, Napoli e il Perù*, in *Lotta continua: gli uomini dopo*, Arezzo, Limina, 1999; Se ne trova traccia anche in Cazzullo A., *I ragazzi che volevano fare la rivoluzione*, Sperling&Kupfer, Milano 2006.

⁵⁹ *Fiorenza: vi racconto la mensa di Montesanto e i suoi bambini rivoluzionari* intervista a Giuseppe Fiorenza pubblicata in “Corriere del Mezzogiorno” Napoli 10 aprile 2013, modificata il 23 maggio 2013, inchiesta in occasione del quarantennale della Mensa dei bambini proletari.

“Nel ’72 la città aveva la densità abitativa dell’India. La mortalità infantile era del 70 per mille, altissimo. Morivano il primo anno di vita. Numeri da terzo mondo, Napoli era Bombay. Per tale motivo l’altra parte importante del progetto era legata all’infanzia. E poi l’educazione in senso ampio visto che la ‘mortalità’ scolastica era del 30 per cento. I ragazzi a scuola non ci andavano. Quasi la metà lavorava”. Lotta politica dal basso, nel senso di primo gradino della scala anagrafica. “L’idea era di permettere ai piccoli, ai ragazzini, di incontrarsi, parlarsi, ragionare, fargli capire che esiste un altro modo di guardare le cose. La classe operaia era già ampiamente trattata e organizzata. La nostra lotta invece intendeva partire dal più basso possibile, proprio, come dici tu, dal punto di vista anagrafico”⁶⁰

In questo quadro la Mensa iniziò le proprie attività nella primavera del 1973, integrandosi fin da subito nel quartiere dal momento che l’attività con i bambini permetteva l’apertura di un dialogo anche con i genitori. Solo qualche mese dopo l’apertura scoppiò l’epidemia di colera e questo fatto portò gli attivisti della Mensa ad attivare un centro vaccinale all’interno della struttura. Nelle parole di Carini si ritrova uno sguardo puntuale su quei fatti:

“Subito denunciammo tutta la falsità che si era messa in moto, la propaganda tesa a nascondere le responsabilità politiche. Le balle sulle cozze, il vibrione...i nostri medici subito intuirono che si trattava di problemi legati alla mancanza della rete fognaria. Non c’erano collettori. Tutto finiva a mare. [...] tornando al colera, la pessima igiene, la mancanza di cure e prevenzione, il fisico denutrito, le fogne a cielo aperto, i lagni borbonici: tutto contribuì all’epidemia. Si vedeva la merda passare in città e periferia, sotto al naso, come nel Seicento. Così scoppiò il colera, altro che cozze. La soluzione più immediata era il vaccino. Le autorità minimizzavano dicendo che bastava non mangiare le cozze, quelle che la gente raccoglieva sugli scogli al Castel dell’Ovo, a Posillipo: si mangiavano per strada col limone, senza problemi... per cui mettemmo su il centro di vaccinazione. Le scorte riuscimmo ad averle dall’ospedale Cotugno. Somministrammo il vaccino a un mare di gente. E ci vaccinammo noi per primi con tutti i medici. Adibimmo uno spazio ad ambulatorio. C’era lo psichiatra, la ginecologa, il generico, il cardiologo, la psicologa. Si parlava dei rimedi anticoncezionali, argomento che nel ’74 era tabù. Si discuteva del numero di figli, delle gravidanze. Le donne in tal senso furono bravissime”.⁶¹

Fu dunque posto il problema delle concause sociali e in generale non sanitarie che avevano portato alla diffusione dell’infezione e questo spinse nella direzione di un’analisi più approfondita del

⁶⁰ «*La Mensa di Montesanto? Storie da Dickens*» intervista a Giuseppe Carini pubblicata in *Corriere del Mezzogiorno* Napoli 11 aprile 2013, modificata il 19 aprile 2013, inchiesta in occasione del quarantennale della Mensa dei bambini proletari.

⁶¹ «*La Mensa di Montesanto? Storie da Dickens*» intervista a Giuseppe Carini, *op. cit.*

concetto stesso di salute. Non ci sono, ad oggi, stime certe sul numero di vittime del colera in quell'occasione, c'è chi sostiene una decina, chi il doppio su 277 casi accertati⁶²; ma i protocolli di isolamento, le richieste di ricovero ed il caso mediatico ebbe un enorme impatto sull'opinione pubblica tra cui si svilupparono alcuni casi di psicosi collettiva⁶³.

L'assenza di infrastrutture e di servizi si accompagnava ad una situazione economica e sociale di sussistenza in cui chi lavorava aveva diritto ai medici della mutua, ma per tutti gli altri l'unica opzione era l'ospedale dei poveri e quasi nulla veniva fatto in ottica di prevenzione; era dunque necessaria una presa di posizione innanzitutto politica che affrontasse il problema non unicamente sul fronte emergenziale, ma che sviluppasse uno sguardo d'insieme. Il tema della medicina preventiva fu una questione molto dibattuta in quegli anni e ne troviamo un attacco diretto nelle parole di Maccacaro:

“[...] il capitale può arrivare a dire – con la voce autorevole della sua medicina scientifica – che la diseguale distribuzione della patologia nelle classi sociali [...] non è da intendersi in termini di malattia, ma in termini di malessere. Addirittura: la classe del lavoro non sarebbe ma si sentirebbe più malata di quella del capitale. E ci crederebbe a tal punto da precederla sulla via del cimitero! Per toglierla da così ingenuo errore la medicina del capitale ha escogitato il suo più recente marchingegno: una medicina predittiva gabbata per medicina preventiva. La diagnosi precoce, il check up, gli screening di laboratorio, i tests multifasici: tutte queste cose che vengono assordantemente propagate e reclamizzate, ora anche alla classe lavoratrice, dall'unisonante battage della medicina e dell'industria, sono assolutamente inefficaci e inopportune per la tutela della salute, semplicemente assumono, nella presunta e irrealizzata funzione di ricerca della malattia, la negazione della stessa ad un più alto livello di razionalità e gestibilità. La loro reale funzione è quella di tranquillante sociale, compiuta con il depistage di qualche “vero” malato ben organico (cancro, diabete, etc. il cui destino resterà purtroppo immutato) per dare agli innumerevoli altri la falsa rassicurazione necessaria al prolungamento nel tempo del loro possibile sfruttamento.” (Maccacaro, 1972)

Ritenendo necessario uno sguardo più approfondito sulle cause sociali delle patologie, questa corrente di pensiero ha inteso distinguere in maniera netta tra le pratiche di medicina preventiva⁶⁴ orientate alla riduzione del rischio attraverso la modificazione dei comportamenti dei singoli e quelle invece che intendono agire a livello sistemico:

⁶² Negli stessi giorni, probabilmente a causa della stessa partita di cozze, ci furono 9 decessi in Puglia.

⁶³ Uno dei documenti più interessanti su quelle giornate è il documentario di Sergio Lambiase e Aldo Zappalà, per il programma RAI “La storia siamo noi” intitolato Napoli al tempo del colera e realizzato nell'agosto 1973.

⁶⁴ Oggi si distingue tra diverse forme di prevenzione: quella primaria finalizzata ad impedire od ostacolare la comparsa delle malattie, quella secondaria che avviene attraverso la diagnosi precoce e quella terziaria che agisce attraverso tecniche riabilitative su coloro che hanno vissuto un ridimensionamento delle proprie capacità fisiche e psichiche.

“La vera medicina preventiva [...] è la medicina che rintraccia le cause patogene e le elimina invece di trattenersi sugli effetti e mascherarli con la finzione del loro riconoscimento precoce. Però se le cause sono nel modo di produzione, nella gestione sociale, nella costrizione di una vita che il capitale ha imposto ed impone, cioè se il capitale è – come è – esso stesso patogeno, potrà mai combattere contro di lui e per l’uomo la medicina che si è fatta matrice del suo comando sull’uomo?” (Maccacaro, 1972)

Lungo questa linea di riflessione, come si vedrà più approfonditamente nelle prossime pagine, si è cominciato a proporre l’idea di *promozione* della salute che, a partire dalla sua codifica nella Carta di Ottawa nel 1986, proverà a riorientare l’attenzione verso i fattori non sanitari superando anche i limiti dell’idea di prevenzione.

L’esperienza della Mensa dei bimbi proletari si concluse poi nel 1976 per quanto riguarda la distribuzione dei pasti, ma proseguì con le attività didattiche e ricreative fino all’inizio degli anni Ottanta. Come emergerà ripetutamente, uno spartiacque decisivo fu il terremoto del 1980 che portò molte famiglie a lasciare il centro storico per essere trasferite nei prefabbricati disposti nelle nuove periferie della città.

Il secondo esempio che si vuole riportare qui è quello del Centro di medicina sociale di Giugliano in Campania, un comune alla periferia di Napoli in cui nel 1975 venne avviata l’esperienza del Centro su spinta di quanto stava accadendo nel capoluogo e sull’onda delle esperienze antipsichiatriche che si stavano moltiplicando in tutta Italia: “Il progetto del C.M.S. [...] è figlio di tutte le esperienze autocritiche e di trasformazione pratica che in quegli anni investivano le istituzioni dello stato, in parallelo col dibattito critico sulle scienze e sulle tecniche, nel periodo di forte cambiamento sociale seguito al sessantotto” (Petri, 2008: p. 161)

Secondo quanto riportato da uno dei suoi fondatori, Roberto Landolfi⁶⁵, l’innescò del processo che diede avvio a questa pratica fu la capacità di portare nelle istituzioni l’esperienza del Collettivo Sanitario della Mensa dei bimbi proletari di Montesanto. In questo nuovo centro, la cui sede venne indicata dalla regione Campania, lavorarono fianco a fianco varie figure professionali tra cui psichiatri, medici del lavoro e assistenti sociali provenienti da diverse parti d’Italia, molti dall’esperienza del manicomio di Trieste guidato da Basaglia, a cui si aggiunsero alcuni medici locali. La grande capacità innovatrice di questa esperienza arrivò già tre anni prima della Riforma sanitaria sperimentando un diverso “modo di fare sanità [...] attraverso una struttura unitaria per tutte le

⁶⁵ Il testo integrale si può trovare nel blog Madrigale per Lucia all’indirizzo <http://www.madrigaleperlucia.org/2017/02/ombretta.html>

“malattie sociali” ricollegabili a fasce o gruppi di popolazione deboli o esposti a grave rischio di oppressione, emarginazione, isolamento, e secondo una dimensione territoriale ottimale che superava il singolo territorio comunale, sul modello dei Consorzi socio-sanitari di altre Regioni” (Petri, 2008: p. 162).

Fu in questa occasione che si elaborò e sperimentò un metodo di analisi partecipata dei bisogni per cui, attraverso un’inchiesta a tappeto si raccoglievano i bisogni prevalenti della popolazione di riferimento per poi concentrarsi su quelli che avevano carattere di maggiore urgenza oppure erano sentiti più importanti e ci si confrontava in una specie di rapporto a tre tra gli operatori sanitari, i gruppi spontanei di cittadini e la popolazione in generale. Costruendo una relazione continuativa per cui si cercavano in maniera condivisa delle risposte ai bisogni che emergevano, si instaurava un rapporto di fiducia e reciprocità per cui a ciascuna richiesta fatta al Centro veniva corrisposta l’offerta di qualche iniziativa specifica:

“Ne nacque una gigantesca contrattazione, in capo alla quale furono avviate le attività del Centro, che si organizzò in gruppi operativi e piani d'azione piuttosto che in servizi rigidi. I pensionati chiesero l'assistenza a domicilio delle persone non autosufficienti. In cambio, offrirono di organizzare una sorta di segretariato per farci conoscere i casi, per decidere insieme le priorità e per darci una mano negli interventi. I sindacati chiesero le visite preventive ai lavoratori. In cambio, offrirono di organizzare i gruppi e di aiutarci a convincerli a adottare le misure di protezione che noi consigliavamo. Ciascuno ci metteva del suo.” (Carrino, 2015)

Come riporta Carrino, la scelta di includere la salute mentale entro le attività del centro portò ad una sperimentazione nuova del metodo elaborato da Basaglia applicandolo direttamente al lavoro con la popolazione. In questo senso vennero promosse, attraverso l’analisi partecipata dei bisogni, l’attenzione critica alla cultura dominante e ai servizi e prodotti che offre e alla nocività. In quest’ottica cominciarono a cercare altre risposte per trovarne di più vantaggiose:

“Scoprivamo, prima che questo diventasse un fatto largamente riconosciuto, che l’esclusione sociale non colpisce solo i pazienti psichiatrici o i ricoverati nelle strutture totali, ma era una dinamica che colpiva diffusamente la parte meno garantita della popolazione, cioè la sua grande maggioranza. Un sapere nato nel chiuso dei manicomi, ma animato dalla passione per la libertà e la dignità umana” (Carrino, 2015)

E proprio il metodo di lavoro fu la cartina di tornasole attraverso cui osservare una relazione tra saperi esperti e non, il che era una novità assoluta:

“Una cosa interessante era che il metodo di lavoro con la gente ci costringeva a rivedere le tecniche professionali che avevamo appreso. Dovevamo, in pratica, selezionare quelle che meglio si adattavano al principio dell'analisi dei bisogni ed alla partecipazione dei diretti interessati, oppure dovevamo inventarne altre. Le nostre riunioni erano un continuo confronto di strategie e tecniche, in un'atmosfera eccitata e consapevole delle innovazioni che andavamo realizzando. Nessuno, in Italia, aveva ancora fatto un'esperienza come quella.” (Carrino, 2015)

Fu poi il terremoto dell'Irpinia nel 1980 a segnare il punto di svolta del Centro perché, pur proseguendo con le attività, gli operatori dovettero far fronte al fatto che, nonostante nel Comune non ci fossero stati ferimenti a causa della scossa, molte abitazioni crollarono e dunque furono allestiti alloggi provvisori e, pur dopo alcuni mesi contraddistinti da esperienze di grande solidarietà, la situazione venutasi a creare in tutta la regione dopo il sisma fu occasione per ripristinare i rapporti sociali precedenti alle sperimentazioni di quegli ultimi anni.

Ulteriori proposte innovative vennero dalla galassia dei movimenti femministi che articolavano il loro discorso sulla salute tenendolo agganciato a doppio filo all'intervento pratico. Uno dei temi problematici era quello del diritto all'accesso alle strutture visto che il sistema delle mutue non garantiva un accesso universale all'istituzione medica.

Questo tema era stato affrontato anche nell'ambito della medicina critica di stampo marxista, Polack ad esempio si esprimeva sulle lotte finalizzate unicamente all'implementazione dell'accesso in questi termini: “Limitando la lotta politica al costo delle cure e alla copertura delle spese, le “organizzazioni operaie” hanno deliberatamente accettato un modello di distribuzione delle cure, un certo tipo di alleanza della medicina e del sistema di produzione” (Polack, 1972: p. 158). Si vedrà poi, in relazione alla definizione del Servizio Sanitario Nazionale, la complessità relativa al tema dell'accesso universale, ma da parte dei critici del modello biomedico il tema centrale restava quello di un ripensamento in senso sociale e comunitario della medicina. I collettivi femministi, pur rivendicando il diritto a poter usufruire dei servizi necessari ad esempio all'attuazione del diritto ad abortire, riconoscevano nella scienza medica uno strumento di oppressione e dunque sicuramente da ripensare rispetto a quelli esistenti allora.

Accanto alle casse mutue era stata fondata nel 1953 l'Associazione Italiana Educazione Demografica (AIED) che a partire da un'impostazione laica, ma lungi da avere uno sguardo femminile né tanto meno femminista, aveva lo scopo di stimolare la trasformazione del sistema sanitario e soprattutto di far fronte ai cambiamenti sociali che erano in corso in quegli anni. Furono infatti i consultori AIED i primi a fornire assistenza ginecologica ed informazioni sulla contraccezione prima del 1971, quando

ancora questo era vietato da una disposizione del codice penale. Importante fu anche il loro ruolo nelle campagne per l'aborto libero e gratuito, ma già dai primi anni Settanta anche queste strutture furono considerate non sufficienti da parte dei molti collettivi femministi che stavano diffondendosi in tutta Italia. Dall'analisi fatta sulla situazione italiana e dalle esperienze nazionali e internazionali che arrivavano attraverso la produzione e lo scambio di materiali con altre donne nacque l'idea di costituire dei luoghi per le donne in cui il tema della salute potesse essere al centro della riflessione e delle pratiche. Nell'arco di qualche mese, a partire dal 1974, vennero aperti i primi consultori autogestiti femministi, con tagli differenti in base alle esigenze e specificità individuate da ciascun collettivo, ma quasi tutti intenzionati a porre con forza la critica femminista del ruolo della medicina nella società e proporre pratiche alternative che promuovessero il benessere delle donne in termini complessivi. Questi luoghi vengono immaginati come momenti di aggregazione per il movimento per la liberazione delle donne, ma anche come preludio per un diverso assetto sociale complessivo (Manoukian Olivetti, 1980: pp. 28-29).

Un esempio è il Centro per la Salute della Donna di Padova che fu il primo ad aprire, nel settembre 1974 seguito poi da quelli di Milano, Torino, Roma e molti altri. Il documento di presentazione del Centro di Padova si concentra sul tema dell'alienazione che si era venuta a creare tra le donne e il proprio corpo e soprattutto sugli effetti che questa mancanza di conoscenza producevano quando erano altri ad avere il controllo su ciò che accadeva. La critica al ruolo della medicina nella riproposizione del ruolo sociale femminile fu il perno da cui prese avvio quest'esperienza a partire dal Comitato per il Salario al lavoro domestico:

“La funzione del Centro è quella di individuare in nodo che collega l'iniziativa al progetto politico femminista che parte dalla condizione materiale complessiva delle donne e che individua quale radice comune di sfruttamento il lavoro domestico non pagato. [...] Il Centro vuole essere momento non solo di difesa ma anche di lotta creato dalle donne per le donne, momento per organizzare e mettere a loro disposizione strumenti che possano usare per modificare la situazione complessiva di sfruttamento e oppressione di cui sono oggetto” (Centro per la Salute della Donna di Padova, 1974: pp. 137-141).

Le attività che venivano svolte all'interno di questi centri erano variabili, ma tra i capisaldi c'erano le pratiche di *self help*⁶⁶ che prevedevano un'implementazione della consapevolezza della donna attraverso scambi collettivi, le attività di accoglienza e informazione che spesso avvenivano in gruppo. Nel racconto che ne fa Manoukian Olivetti ne *Il consultorio difficile*, “L'équipe nella sua

⁶⁶ Il termine è ripreso dalle Self-help clinics americane e si riferisce ad un insieme di pratiche di autovisita e autoassistenza.

composizione e nel suo funzionamento, più che su competenze e riferimenti professionali, si fonda su comunanze e condivisioni ideali e su una sorta di “spontanteismo organizzativo”, che programmaticamente esclude distinzioni di ruoli e prestazioni, a volte persino rifiutando la presenza del ginecologo o subordinandola a condizioni assai rigide (ad esempio che sia una donna, che visite e relative prescrizioni siano discusse collettivamente ecc.).” (Manoukian Olivetti, 1980: pp. 28-29). Ciò che interessa mettere in evidenza a proposito di questa esperienza è il ruolo che queste esperienze possono avere in rapporto al sistema sanitario o alle istituzioni in generale. Il Centro padovano terminò la propria iniziativa a causa di una frattura politica poi divenuta insanabile tra una parte di attiviste che, anche sulla scorta dell’approvazione nel luglio 1975 della legge quadro 405, intendevano portare avanti l’esperienza del consultorio come servizio alle donne e quindi approfittando della modifica legislativa per farlo riconoscere ufficialmente, e un’altra parte che invece l’aveva promosso prevalentemente come iniziativa politica volta allo stimolo di una presa di coscienza delle donne e del loro ruolo sociale. Già nel primo documento di presentazione dell’iniziativa si leggeva:

“Il Centro è un servizio inserito all’interno di un progetto politico femminista che ha come primo obiettivo l’autonomia economica che inizia dall’avere un salario proprio, in questo supera i limiti anche dell’esperienza della Self Help Clinic. Infatti pretendere un salario per il proprio lavoro domestico significa una leva di potere per contrattare le condizioni stesse del lavoro e perciò determinare anche le condizioni della salute, per contrattare sulle condizioni del lavoro esterno, dei servizi, della procreazione, della sessualità” (Centro per la Salute della Donna, Padova, settembre 1974, pagg. 227-229 in Percovich, 2005).

Yasmine Ergas nel 1986 riportava come tra gli stessi movimenti femministi non ci fosse la volontà, o l’interesse politico, di dare continuità all’erogazione di servizi. Molte di queste iniziative risentivano della cultura tradizionale della sinistra per cui avrebbe dovuto farsi carico lo Stato dell’attuazione di servizi capaci di fornire benessere collettivo, mentre per i gruppi più orientati alle forme autogestite lo scopo era mettere in evidenza attraverso queste iniziative una carenza del servizio pubblico, non supplirvi indefinitamente (Ergas, 1986: p. 105).

L’esperienza dei consultori autogestiti andrà trasformandosi nelle varie città in base alle spinte prevalenti in direzione di una o dell’altra opzione, ma il tema della necessità di un servizio “politico”, fortemente orientato ad una presa di consapevolezza da parte delle donne dei problemi specifici che si trovano ad affrontare, mediati o meno dalla scienza medica, ha fatto sì che ci fosse, almeno a livello discorsivo, una ripresa del dibattito sui consultori negli ultimi anni. Se dal punto di vista istituzionale si è assistito a partire dai primi anni Duemila ad un progressivo snaturamento di questi servizi accompagnato poi dai tagli al budget più o meno legati alla riduzione della spesa pubblica imposta

come misura di austerità, i movimenti femministi hanno ripreso negli ultimi anni a dibattere sulla possibilità di avviare nuove sperimentazioni a partire da quelle che furono le esperienze dei Centri per la Salute. In modo particolare questo tema ha attraversato la discussione dei movimenti transfemministi che in alcune città hanno avviato sperimentazioni di consultorie queer:

“[...] la Queersultoria è uno spazio decostruente e risignificante, partecipativo e soggettivante, un luogo di confronto e di sperimentazione, di produzione e diffusione di saperi vivi. È uno spazio che si pone come uno dei principali obiettivi quello di riuscire a ridefinire collettivamente il concetto di salute e di benessere sulla base dei nostri bisogni e delle nostre vite precarie, prive di reddito, di casa e piene di ricatti e di controllo sui corpi sessuati.” (Fuxia Block – Padova, 2014)

Il lavoro svolto dal movimento *Non una di meno* a partire dall'autunno 2016 per stilare il Piano femminista contro la violenza⁶⁷ ha portato ad articolare alcune riflessioni relativamente al diritto alla salute e al benessere a partire dal fatto che non sia “rappresentata dalla semplice assenza di malattia e infermità [...] È è per noi necessario rimettere al centro i corpi e i desideri, i bisogni e le condizioni materiali d'esistenza.” A partire da questo sguardo viene riaperto il tema dei consultori che “vanno risignificati come spazi politici, culturali e sociali oltre che come servizi socio-sanitari [...] Questa ri-politicizzazione va agita attraverso forme di riappropriazione e autogestione del servizio che ne garantiscano l'apertura all'attraversamento di corpi differenti [...] e che promuovano il riconoscimento dei saperi transfemministi, prodotti e incarnati dai soggetti” (Non una di meno, 2017). L'intuizione avuta ormai quarant'anni fa sembra dunque fungere da stimolo anche oggi nella proposta di iniziativa femminista sulla salute e lo fa a partire dallo scambio tra generazioni di donne attiviste o utenti di allora e operatrici, attiviste e utenti di oggi. Questa riapertura del dibattito sui consultori indica quanto sia ancora scoperta dal punto di vista istituzionale un'ampia fetta di bisogni espressi dalle donne e non solo. Il tema dell'accesso al servizio è quindi legato, ancora oggi, alla proposta che il servizio offra e dunque, accanto alla riflessione sull'universalità dell'accesso al sistema sanitario si accompagna il dibattito su cosa deve offrire questo servizio per poter realmente sopperire ai bisogni che emergono a livello sociale.

In molti casi, sia nell'esperienza storica che in quella attuale, queste sperimentazioni sono attraversate sia da professioniste del settore sanitario così come da donne che si rivolgevano ai servizi unicamente in quanto utenti e proprio nello scambio tra medico e paziente si sono potuti produrre passaggi

⁶⁷ Il Piano femminista contro la violenza maschile sulle donne e la violenza di genere “Abbiamo un piano” è stato frutto dell'elaborazione collettiva di centinaia di donne che nel corso di cinque assemblee nazionali suddivise per tavoli di lavoro tematici ha prodotto questo strumento pubblicizzandolo a partire dal 26 novembre 2017.

innovativi perché lo sguardo delle donne lavoratrici dentro i servizi permise un ulteriore approfondimento del problema della relazione con le istituzioni.

In questo senso fu molto importante l'esperienza avviata nel giugno 1978 quando il consultorio autogestito del quartiere San Lorenzo e il Collettivo autonomo dell'ospedale Umberto I di Roma diedero avvio all'occupazione di un reparto della clinica ostetrica del policlinico che fu autogestita per tre mesi. La legge 194 era entrata in vigore da pochi giorni e da parte di molti collettivi femministi ne venivano attaccati i limiti ed in particolare quella che era considerata una limitazione del diritto all'autodeterminazione delle donne e cioè l'obiezione di coscienza⁶⁸. La decisione di un collettivo di lavoratori e studenti del Policlinico di coinvolgere alcune militanti femministe permise di avviare le interruzioni di gravidanza con il metodo Karman⁶⁹ supportati da un ginecologo che firmò i primi fogli di accettazione. Per quattro mesi questa esperienza proseguì, nonostante tre sgomberi, portando alla prima applicazione della legge 194 a gestione femminista. Questa occupazione però fu un momento attraverso cui i lavoratori e le lavoratrici ospedaliere ebbero occasione di confrontarsi anche con le utenti e applicare in pratica l'interazione tra saperi esperti ed esperienziali. “È stato davvero un momento vivace ed attivo, ma non soltanto perché stavi applicando la 194... è chiaro che l'applicazione della legge è quello che oggi richiedi e pretendi, ma l'occupazione è stato anche un modo diverso di dire *come* effettivamente, in quanto donne, possiamo concretizzare questo parolone che è autodeterminazione... ti riempi tutta la bocca!” (Bastelli, 2015: p. 125).

Questo esempio permette inoltre di aprire lo sguardo verso un altro tema rilevante ai fini di questa ricerca, ma che spesso resta sottotraccia e cioè la considerazione degli effetti dell'organizzazione del lavoro all'interno delle strutture ospedaliere. Interessante è lo spaccato che fornisce Polack riferendosi ad alcune esperienze di lotte interne ad un ospedale parigino avvenute nei primi anni Settanta. L'intento con cui l'autore guarda a questa questione è politico e la domanda che apre, ancora oggi molto attuale, è rivolta a comprendere se e come sia possibile costruire in ambito sanitario spazi di lavoro che fuoriescano dalle logiche strettamente biomediche per provare a costruire ipotesi alternative:

“Lo scambio del personale interno, la rapida rotazione di quello esterno rendono praticamente impossibile la formazione di tali collettivi, poiché comportano da parte dei medici partecipanti

⁶⁸ Ancora oggi questo tema resta una questione aperta perché in molte Regioni il diritto all'aborto è fortemente limitato dalla presenza di personale medico obiettore e questo incide sulle tempistiche di accesso al servizio come viene confermato anche dalla relazione ministeriale periodica sulla 194 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf. È emerso inoltre da ricerche recenti come la scelta di dichiararsi obiettore sia spesso mossa da obiettivi di carriera ospedaliera piuttosto che da ragioni etiche.

⁶⁹ Con questo sistema l'aborto viene praticato per aspirazione e non per raschiamento riducendo i rischi di ferite e infezioni per la donna.

solo impegni limitati. Nel settore psichiatrico la situazione è diversa, i problemi che tendono a solidarizzare i diversi membri dell'équipe curante nella loro attività sono già più vecchi, più radicati, o teoricamente accettati, fondati (terapie istituzionali). Sembra allora che il processo di politicizzazione dei lavoratori sanitari resti dipendente da un lavoro preparatorio, insito nel complesso stesso delle istituzioni di cura e implicante l'analisi critica del modo di produzione terapeutica, delle modalità di lavoro, della disciplina, delle norme etiche della professione [...] Tale analisi critica si può svolgere solo partendo da una pratica, che contestandoli di continuo, rovesci parzialmente i rapporti di egemonia che reggono l'edificio terapeutico e proietti la problematica delle cure fuori dal campo della tecnicità. [...] Paradossalmente, questi centri di critica e di agitazione si sono sviluppati meglio negli ospedali "secondari", nelle strutture ospedaliere "croniche" o negli ospedali psichiatrici dipartimentali, grazie alla staticità delle équipe curanti" (Polack, 1972: p. 148).

In questo excursus di pratiche messe in atto da gruppi organizzati di donne, medici e cittadini sono molti gli stimoli proposti e che poi, in larghissima parte, sono stati normalizzati o si sono persi all'interno dei servizi sanitari odierni. Ciò che però traspare da tutte le esperienze riportate qui a titolo esemplificativo è l'idea di una salute profondamente diversa da quella proposta per mezzo di camici e medicine e che anzi racconta di una profonda trasformazione soprattutto sociale che eccede la relazione uno-a-uno tra medico e paziente per andare a delineare una prospettiva comunitaria in cui le relazioni sociali non sono marcatamente connotate da relazioni gerarchiche ed esclusione, ma anzi producono benessere collettivo. L'istituzionalizzazione di alcune di queste pratiche, come fu per alcune delle Case per la Salute della Donna con la legge 405 del 1975, interroga sul ruolo che queste sperimentazioni possono avere nel lungo periodo.

1.5 - Elementi ricorrenti

Prima di procedere oltre, ci si vuole soffermare su alcuni aspetti trasversali sia alle critiche elaborate che alle esperienze concrete cui accennato in precedenza e che rimangono fondamentali ancora oggi per analizzare le sperimentazioni sulla salute. Essi si aggiungeranno agli altri concetti considerati per costituire il retroterra dei principali quesiti che hanno accompagnato questo lavoro di ricerca e che hanno fornito i binari entro cui indagare le esperienze sul campo.

La relazione medico-paziente è stata problematizzata nelle pagine precedenti sia attraverso gli sguardi della medicina critica che attraverso quelli dei movimenti femministi, ma ci si soffermerà qui ad approfondire la costruzione sociale dei ruoli del medico e del paziente. Fare questo permette di comprendere meglio la complessità sottintesa all'interrogativo su chi si deve occupare di salute. In particolare, l'analisi della relazione tra le due figure aiuta a sciogliere i processi che costruiscono questo dualismo e permetterà poi di ragionare, alla luce dei casi di studio, su cosa significa e come è possibile, nelle pratiche, decostruirli. Pur trattandosi di ruoli differenti, infatti, vi è una specularità tra i due che fa ritenere necessario intervenire con un processo decostruttivo su entrambi i poli perché possa essere realmente modificata la relazione. In caso contrario, il tentativo sarebbe probabilmente poco efficace e non arriverebbe a modificare il rapporto di potere sottinteso. Allo stesso tempo, questo tipo di valutazione permette di osservare come spesso la definizione di entrambe le posizioni sia fortemente dipendente dallo sguardo reciproco in un processo di costruzione e autocostruzione del proprio ruolo. Per questa ragione si proverà ad esaminare il nodo in questione tenendo sempre presente l'interrogativo su chi debba occuparsi di salute, propria e della collettività.

Uno dei temi che ritorna frequentemente a proposito della costruzione sociale del medico è quello dell'incidenza della formazione medica, soprattutto ospedaliera, che è stato al centro della già citata esperienza di socioanalisi narrativa dei *Medici senza camice*. Si richiama qui il concetto di *didattica ombra*, formulato da Giorgio Bert (1974) con cui l'autore si riferisce ai meccanismi per i quali l'insegnamento del proprio ruolo nel contesto sociale procede di pari passo all'interno delle strutture della formazione ospedaliera in modo tale che sia trasmessa l'immagine cristallizzata dei rapporti gerarchizzati tra medico e paziente fornendole una parvenza di naturalità ad un ordine simbolico (Autori vari, 2013). La critica ai processi formativi emersa dai racconti degli studenti coinvolti, nonostante faccia riferimento ad esperienze avvenute quasi quarant'anni dopo la stesura del testo di Bert, sembra in linea con quanto colto negli anni Settanta denotando come non ci siano stati particolari cambiamenti:

“[a seguito di un riferimento all’esperienza di Patch Adams] Patch Adams mette qui in evidenza un aspetto che potrebbe apparire secondario: l’assenza di entusiasmo, la capacità dell’università di uccidere l’entusiasmo, arrestare ogni slancio, facendolo scivolare lungo la curva della schiena piegata sui libri o riconvertendolo nelle spalle dritte al seguito dei professori durante il giro visite. In sostanza i processi formativi non si curano minimamente di instaurare un dialogo con l’autonoma narrazione e lo slancio emozionale che porta lo studente alla scelta della facoltà. Lo studente viene imbrigliato in una rete di procedure e rituali che compongono sia il curriculum esplicito che quello nascosto, e che gli fanno immediatamente capire di non essere nessuno e che ciò che pensa non è di alcun interesse per l’università. Questa disconferma dei medici come persone, del loro immaginario e del loro desiderio, delinea una scena universitaria composta da tanti Signor X, passivizzati, in solitudine e in concorrenza, che progrediscono nella carriera man mano che si conformano a un modello precostituito.” (Autori Vari, 2013: p. 131)

Ciò che riportano gli autori racconta dunque di un processo per cui è il medico stesso a vivere, in fase formativa, un processo di spersonalizzazione che distacca la persona-medico dal professionista-medico costruendone una figura molto legata alle performances professionali in cui la presenza del paziente-persona non ha rilevanza. Su questo interviene anche Leonzi rappresentando il medico come uno stratega:

“Per rispondere al carattere indagatorio della scienza il medico si trasforma in colui che vuole risolvere a ogni costo gli enigmi e gli indovinelli posti dall’universo. L’esplorazione del corpo malato e del corpo-cadavere gli consente da sempre di controllare e di prevedere le mosse dell’avversario alla ricerca di ogni possibile indizio che consenta di vincere la scommessa, mantenendo un atteggiamento che non sarebbe possibile senza un opportuno distacco tra medico-osservante e paziente-osservato.” (Leonzi, 1999: p. 70)

Queste valutazioni permettono di procedere all’individuazione delle caratteristiche che costruiscono medico e paziente osservando come l’approccio attuale porti da un lato al distacco tra le due figure, dall’altro alla costruzione di un medico attore e di un paziente oggettivato. Ne scriveva già Canguilhem nel 1972:

“Non si può dire tuttavia che una simile pratica medica, anche se laica e ragionata, sia scientifica nel senso moderno del termine. La medicina d’oggi, con l’efficacia che pur bisogna riconoscerle, è fondata sulla dissociazione progressiva della malattia e del malato e tende a definire il malato in funzione alla malattia più che a scorgere nella malattia un fascio di sintomi spontaneamente presentati dal malato. Malattia rinvia a medicina più che a male. Quando un medico parla della

malattia di Basedow, ossia di gozzo esoftalmico, designa così uno stato di disfunzionalità endocrina i cui sintomi, la cui diagnosi eziologica, la cui prognosi e la cui terapia si basano su una serie di ricerche cliniche e sperimentali e su esami di laboratorio nel corso dei quali i malati vengono trattati come oggetti più che come soggetti delle proprie malattie.” (Canguilhem, 2007: p. 14).

È sempre Bert che, sul finire degli anni Settanta, ponendosi il problema di come ciascun medico possa operare nel senso di una decostruzione del ruolo preassegnato, propone l’idea di uno sviluppo reciproco, senza affidare al medico o al paziente il peso di trasformare la relazione:

“[Bert] sottolinea l’importanza di sottrarsi a questa codificazione dei ruoli, ma precisa onde evitare equivoci, che rifiutare il ruolo non significa rifiutare la funzione assistenziale e curativa, ma immaginare una modalità diversa di cura basata sulla reciprocità fra i soggetti implicati nella relazione. Come il medico può rifiutare il ruolo di potere che gli viene assegnato, per meglio svolgere la funzione curativa, al pari il malato, se non può rifiutare il fatto di essere malato, può respingere il ruolo emarginante di oggetto che gli viene assegnato. Sarebbe indispensabile, sostiene Bert, che il ruolo venisse rifiutato in modo bilaterale, perché se il rifiuto è attuato unilateralmente da un medico di buona volontà potrebbe apparire al malato, che spesso si identifica con il suo ruolo, come un esperimento ennesimo compiuto sulla sua pelle.” (Autori Vari, 2013: p. 14)

Queste parole contribuiscono a traghettare l’attenzione sulla costruzione sociale del paziente e del suo sguardo sulla medicina. Innanzitutto, come accennato, spesso le richieste del paziente contribuiscono a porre il medico nella necessità di accogliere il ruolo socialmente assegnatogli:

“I “clienti” tendono continuamente ad interrogare il medico su problemi in cui la sua incompetenza dovrebbe essere comunemente ammessa, ma una lacuna nella molteplicità immaginaria delle sue competenze rappresenta un baratro per la fiducia del paziente. [...] Ecco dunque il medico letteralmente insediato nella sua figura di arbitro, misura degli eccessi, parametro dell’eleganza fisica, custode disincantato dei vizi accettabili.” (Polack, 1972: pp. 72-73).

Si tratta di mettere a tema quindi anche l’aspettativa che si viene a creare entro questa relazione e che contribuisce a rendere più complessa la possibilità, sia per il medico che per il paziente, di fuoriuscire dalla relazione così chiaramente delineata. In realtà le implicazioni sottese a queste parole sono molteplici e mettono in evidenza una stratificazione di fattori. Vi è innanzitutto un livello di

aspettativa per cui al medico viene attribuita una “molteplicità immaginaria” di capacità da cui discende una continua richiesta di risposta a problemi anche quando non di sua competenza. Questo innesca un meccanismo di delega per cui il paziente si affida completamente al medico che viene a sua volta “insediato” in un ruolo tale per cui non gli è possibile mostrare incertezza. Si sottolinea qui l’uso virgolettato della parola “clienti” per riferirsi alle persone che si rivolgono al medico. Questo permette di mettere in evidenza come in realtà ci sia molta ambiguità anche sull’utilizzo dei termini per definire questa figura proprio perché le attribuzioni che ciascuno di essi implica, pensiamo ai più frequenti come paziente, utente, cliente, hanno un significato sociale differente. Ma si tornerà sui linguaggi successivamente, ciò che si vuole riprendere ora è un altro passaggio relativo al tema della costruzione sociale del paziente sulla base di una riflessione che fa Ivan Illich sul proprio testo *Nemesi medica* alcuni anni dopo la sua pubblicazione:

“Quel che non ho scritto in quel libro – perché non lo avevo capito – è che oltre all’espropriazione del dolore, della malattia, della menomazione e della morte, [...] gli individui nei Paesi con un capitalismo ad alta intensità, hanno acquisito corpi iatrogeni, percepiscono sé stessi e i propri corpi come li descrivono i medici” (Cayley, 1994)” (Autori Vari, 2013: p. 69).

Ancora una volta sono le parole del medico a costruire la percezione del malato sul proprio corpo e, di conseguenza, del proprio ruolo. Non sembra esserci quindi la possibilità né per il medico di liberarsi del suo “ruolo di arbitro”⁷⁰ né per i pazienti dei loro “corpi iatrogeni” finché rimane in piedi questa modalità relazionale. Vi sono però alcune riflessioni che possono contribuire a scardinare questa cristallizzazione e che lo fanno a partire dall’idea di un’alleanza tra le due figure coinvolte e, si potrebbe aggiungere in vista di quanto esaminato nei casi di studio, anche degli altri attori sociali attualmente non inclusi.

“La sua [del medico – così come della guardia in un carcere] è, dunque una situazione di crisi come quella del malato della quale condivide la condanna e la salvezza. Perché l’unica salvezza del medico è col malato che a lui la chiede. Se saprà passare, veramente e finalmente dalla sua parte, essere con lui nella sua lotta per il suo diritto di salute e di vita, rifondare con lui una scienza a sua misura ed una medicina al suo servizio, schierarsi, dunque, con le classi sfruttate contro quelle egemoni, con il lavoro contro il capitale. Il giorno in cui i medici intenderanno la profonda politicità e la potenzialità liberatoria del loro lavoro, la medicina del capitale avrà cessato di esistere.” (Maccacaro, 1972: p. XXXVII).

⁷⁰ È interessante notare come, nelle due ultime citazioni, sia Polack che Illich utilizzino la parola *arbitro* per riferirsi al medico.

Sulla stessa linea sembrano essere queste parole di Goldstein del 1951 e riportate da Canguilhem:

“[tratto da Goldstein Kurt, *La structure de l'organisme*, Gallimard, Paris, 1951, pag. 361] Il medico che si decide a guidare il malato sul difficile cammino della guarigione sarà in grado di farlo solo se è profondamente convinto che il rapporto medico-paziente non è basato unicamente su una conoscenza dell'ordine delle causalità, ma è piuttosto una discussione tra due persone nel corso della quale una vuole aiutare l'altra a trovare una strutturazione quanto più possibile adeguata alla propria essenza. È solo mettendo in rilievo il rapporto personale che esiste tra medico e paziente che il moderno punto di vista medico può contrapporsi in maniera netta a quello dei medici della fine del secolo scorso, che avevano abitudini di pensiero tipiche delle scienze fisiche” (Canguilhem, 2007: pp. 48-49).

Questa prospettiva di alleanza tra medico e paziente è molto interessante e richiama, anche dal punto di vista della sua traduzione pratica, alcune delle esperienze viste in precedenza ed anticipa alcune scelte che poi verranno esaminate negli studi di caso. Ciò che va sottolineato però è che questo tipo di processo deve sottintendere, così come sostenevano i movimenti femministi, un cambiamento di status, anche agli occhi dei “pazienti”, per quanto riguarda il sapere esperienziale attraverso l'acquisizione di conoscenze e di saperi sul proprio corpo, della capacità di riconoscerne la fisiologia perché saranno poi questi i fattori decisivi nella contrattazione col sapere esperto.

Dentro questa trasformazione vi è però un problema di traduzione e di comunicabilità tra i medici, con il loro sapere esperto e i pazienti, con il loro portato esperienziale. Su questo punto, ricollegandosi anche ai limiti dei modelli formativi, si soffermano i Medici senza camice sempre nell'ottica di offrire ipotesi valide per un'altra visione del rapporto di cura:

“Ivan Oddone, medico del lavoro, tra i protagonisti della riforma sanitaria del 1978, scrive: “Senza un linguaggio comune a tutti (medici, malati, sani, uomini e donne) senza un modello comune di costruzione della salute, di difesa della capacità e della possibilità di vivere e senza un modello comune di malattia, l'assistenza sanitaria diventerà una torre di Babele, una costruzione sempre più costosa e sempre più inefficiente” (Ferrara, 2010). Attualmente c'è un linguaggio comune solo tra medici e non si lavora alla creazione di un confronto fra modi di significare l'esperienza sociale delle malattie, della cura, della salute. Per far questo bisognerebbe istituire [...] una relazione di reciprocità fra tutti gli attori di un percorso di cura.” (Autori Vari, 2013: pp. 33-34).

A questo proposito si vuole soffermarsi sul tema più propriamente del linguaggio inteso come mezzo attraverso cui avviene lo scambio dentro la relazione perché si è valutato che questo potesse essere un punto di osservazione interessante da indagare nell'ambito dei due casi di studio. Si riprendono qui alcune riflessioni fatte da Polack (1972) che permettono di chiarire brevemente perché questo aspetto può essere significativo se si osserva come viene utilizzato entro la relazione:

“[...] qualunque sia la differenza tra *linguaggio comune* del cliente e *linguaggio specifico* del medico [...] questi due linguaggi partecipano in definitiva ad uno stesso sistema globale, veicolo di insiemi rappresentativi pertinenti al campo medico, come agli affari politici o alle situazioni pedagogiche [...] Lo schermo del medico filtra le parole del suo paziente; quello che esce dal filtro non ha lo stesso aspetto né lo stesso peso specifico di ciò che vi si introduce. Il “dialogo”, il “colloquio” è possibile soltanto nella misura in cui l'attore accetta la concezione riduttrice del suo interlocutore.” (Polack, 1972: p. 63).

Lo stesso Polack utilizza un esempio per mettere in luce la distanza che si può venire a creare nella traduzione tra i due linguaggi con il rischio di una perdita significativa di informazioni che finiscono per incidere anche sull'approccio che viene utilizzato nella fase di cura:

“[...] non è lo strumento o la mano che separa la pura percezione dall'investigazione tecnica, differenziando il sintomo dal segno; ma piuttosto il rispettivo significato, per il malato e per il medico, di ciò che è detto. [...] Il linguaggio medico dà l'illusione che i segni della malattia appaiano sporadicamente nell'esistenza del paziente, confusi nella sua vita quotidiana, rintracciabili alla loro fonte. [...; ad esempio] *capogiro* richiama un contesto complesso e “unico”, riferibile solo all'esperienza del singolo, *vertigine* riporta invece entro una condizione standardizzata, indipendente da fattori socio-economico-culturali e quindi a problemi circolatori o altro, ma che il medico può inserire dentro il protocollo.” (Polack, 1972: p. 55).

Ciò che si evidenzia è quindi anche l'operazione di sganciamento che il linguaggio medico fa non solo dal significato che ciascuno dà alle parole utilizzate nel linguaggio non esperto, ma anche dalle implicazioni di contesto, dai determinanti sociali, racchiusi, per restare nell'esempio, nell'utilizzo di *capogiro*. E questo rafforza la distanza che si viene a creare tra le due figure, tra i due ruoli:

“La traduzione dei linguaggi e dei concetti adottati dalla scienza, operata dall’informazione mediale⁷¹, ha assunto indubbiamente anche un ruolo fondamentale nella riduzione degli scarti di conoscenza tra saperi esperti e conoscenze profane, ed è intervenuta a modificare stili di vita e atteggiamenti. Anche se non bisogna dimenticare che laddove l’informazione ha accresciuto la competenza dei pubblici più attivi e motivati, ha spesso suscitato sentimenti di frustrazione, di debolezza e disorientamento in pubblici più svantaggiati e quindi più passivi.” (Leonzi, 1999: p. 35).

Ridurre la descrizione di un dolore o di una sensazione di malessere entro una definizione e quindi una categoria medica ha dunque implicazioni molto rilevanti anche per la cura stessa. Un approccio riduzionista veicolato dall’utilizzo di un linguaggio specifico comporta che proprio nel momento di traduzione della sensazione in sintomo, medicalmente classificato, avvenga quel passaggio con cui il paziente viene di fatto escluso dalla possibilità di interagire con le fasi successive del percorso di cura, appannaggio esclusivo di chi detiene quella competenza e quel linguaggio. Ciò che appare evidente è dunque come, anche partendo dal ruolo dei linguaggi, al centro della riflessione non possa che esserci il tema del potere e dei rapporti di potere. Per esplicitare questo passaggio si utilizzano qui le parole di Navarini che, analizzando il pensiero di Melucci, si interroga su come la legittimazione di alcuni codici linguistici rispetto ad altri implichi il riconoscimento o meno, e quindi la gerarchizzazione, di alcuni tipi di saperi rispetto ad altri producendo l’esclusione di tutti coloro che non posseggono quelle conoscenze:

“il potere diventa sempre di più capacità di definire in modo privilegiato i codici intorno a cui la conoscenza si organizza” (Melucci, 1998: p. 25). Il richiamo è ad analizzare seriamente come la conoscenza passa attraverso “squilibri che governano la sua produzione”, e come si esercita il *nuovo* potere, quello di “definire i linguaggi”, tenendo conto che il linguaggio “determina la possibilità stessa del pensiero e della comunicazione” (Melucci, 1998: pp. 25-26). [...] Melucci riconosce che oggi ci sono diverse fonti di legittimazione della conoscenza [...] e Navarini precisa che] esistono sempre linguaggi più autorizzati di altri” (Navarini 2008).

Come si è visto non è certo una tematica nuova nella sociologia quella della relazione tra saperi, poteri e linguaggi⁷², ma per rimanere entro gli interessi di questa ricerca soprattutto in vista dell’analisi degli studi di caso, ciò su cui si vuole porre l’accento è l’idea che le modificazioni dei rapporti tra questi

⁷¹ Il tema di come i mass media influiscono su questi aspetti meriterebbe uno spazio specifico di approfondimento che non è possibile riprendere compiutamente in questa sede, ma che è interessante mettere in evidenza.

⁷² Si richiamano ad esempio gli scritti di Foucault e Bourdieu, ed in particolare Foucault M., *L’ordine del discorso*, Einaudi, Torino 2008 e Bourdieu P., *La parola e il potere: l’economia degli scambi linguistici*, Guida, Napoli 1988.

fattori possano avviare processi decostruttivi e di ricostruzione collettiva attorno a ipotesi nuove di intervento sulla salute. Ed è dunque in questo senso che si recupera l'esempio della sperimentazione dei primi consultori femministi per porre l'attenzione proprio sulla possibilità di un agire comunitario sulla salute⁷³.

Vi è un ultimo elemento su cui ci si vuole soffermare perché fondamentale per l'inquadramento delle riflessioni relative ai rapporti tra i casi presi in esame in questa ricerca e le istituzioni. Per farlo è molto utile riprendere l'esempio delle Case per la salute della donna, in parte descritte nel precedente paragrafo, per osservarne però un aspetto specifico attraverso l'analisi che ne fa Tamar Pitch nel suo *Un diritto per due* (1989). In questo testo l'autrice utilizza queste esperienze per mettere in evidenza come le sperimentazioni sulla salute nate nei contesti dei movimenti femministi abbiano affrontato l'istituzionalizzazione dei consultori. Proprio il rapporto tra le proposte dei movimenti, e quindi la spinta alla trasformazione proveniente da ambiti sociali in cui prevalevano i saperi esperienziali, è stata oggetto di riflessione e utilizzata per osservare come, nel passaggio, siano state modificate le istanze promosse dai movimenti per ricondurle entro un quadro generale compatibile con la tradizione istituzionale (Pitch, 1998). L'esperienza dei consultori autogestiti, così come si è visto in precedenza, aveva in sé la sperimentazione di un'alleanza tra alcuni esponenti della scienza medica e le (potenziali) pazienti in cui venivano esplorate, attraverso momenti collettivi e di condivisione, possibili modalità inclusive di interazione e di trasformazione politica. E sono proprio questi elementi quelli che si perdono in modo più netto attraverso l'istituzionalizzazione dei consultori nel 1975. Il tema della relazione tra queste istanze femministe e la loro trasposizione in senso istituzionale ha interrogato molte attiviste di allora e posto in evidenza una serie di elementi utili ancora oggi per analizzare i processi di istituzionalizzazione. Scrive Ergas a proposito delle rivendicazioni portate in piazza dai movimenti e la ricezione da parte delle istituzioni:

“Benché nell'estendere i propri ambiti di responsabilità le agenzie statali sembravano spesso recepire le istanze della contestazione, in realtà le stesse ne ridefinivano il più delle volte i contenuti, sia riducendo la portata simbolica, sia compatibilizzando le domande trattate con le tradizioni istituzionali prevalenti sia, infine, diminuendone l'impatto conflittuale nelle relazioni fra i partiti. La normativa sull'aborto e sui consultori, come pure la tematizzazione istituzionale della questione giovanile, per esempio, riflettono questi tre processi di ridefinizione. Inoltre, modificando i termini dei problemi sollevati, gli interventi statali ridisegnavano frequentemente anche le basi sociali dell'azione collettiva. L'accentuazione della famiglia anziché delle donne

⁷³ La scelta è di fare riferimento a queste specifiche esperienze, ma come in parte è stato descritto e come si vedrà più approfonditamente nel prossimo capitolo, i richiami a dimensioni comunitarie in salute sono variegati e presenti in differenti momenti storici così come in diversi ambiti geografici.

nella legislazione consultoriale; l'attenzione ai giovani disoccupati piuttosto che ai giovani tout court; l'espansione dai quartieri alle circoscrizioni forniscono alcuni esempi delle modalità attraverso le quali le politiche dell'ultimo decennio hanno agito sulla fisionomia della domanda sociale [...] Sono infatti venuti a mancare elementi importanti tanto di quel cemento unificante di domande eterogenee rappresentato dalla subcultura, quanto delle ragioni della legittimazione acquisita dai movimenti presso fasce di utenti non immediatamente identificabili con l'area della militanza, quanto, infine, dei luoghi di aggregazione del "corpo sociale complessivo" impegnato nelle mobilitazioni collettive." (Ergas, 1989: p. 105).

Le parole dell'autrice restituiscono la percezione di un'azione istituzionale volta ad esaurire gli elementi conflittuali passando per un'inclusione di alcune istanze che vengono allo stesso tempo depotenziate dei loro significati simbolici mentre, attraverso l'introduzione di politiche, viene modificata la domanda sociale all'origine di quella spinta trasformativa. Sarà utile poi in fase di riflessioni conclusive riprendere questi elementi per verificare quanto di questi passaggi sia riscontrabile oggi. È interessante inoltre quanto riportato relativamente al fatto che, con questa modalità d'azione, non solo viene modificata l'accezione dell'intervento da prettamente rivolto alla salute femminile ad orientato verso il ruolo familiare delle donne. Questo, secondo quanto scrive Ergas porta anche ad una perdita di legittimità per un certo modo di porre il discorso sulla salute e sul controllo dei corpi. Scrive ancora l'autrice:

"Se in tal modo "ricopre" un ambito di iniziativa femminista depotenziandolo, la legislazione sui consultori avvia anche una ridefinizione istituzionale delle problematiche sollevate dal movimento. Mentre la contraccezione e, più generalmente, la gestione della salute erano stati tematizzati dal femminismo in relazione alle donne, come parte integrante del processo emancipativo che riponeva nella conoscenza e nel controllo del corpo un valore strategico fondamentale, nella pratica istituzionale invece, gli stessi problemi vengono identificati col benessere della famiglia. I consultori sono, secondo le leggi, per la famiglia; forniscono assistenza a questo nucleo primario, alla coppia, al singolo, e talvolta anche alla comunità: non alle donne in quanto tali. Reinterpretando così la domanda sollevata, le istituzioni in realtà negano uno dei principali valori simbolici enunciato dal femminismo: il diritto femminile al riconoscimento di una identità collettiva positiva ed autonoma. Ed infatti con la legislazione sui consultori il Parlamento assume una posizione normativa che reitererà nel 1978, quando finalmente approverà la legge sull'aborto." (Ergas, 1989: p. 90).

Gli elementi qui presentati saranno poi ripresi nelle riflessioni finali relative a questa ricerca per poter osservare come le esperienze considerate si pongano in relazione alla trasformazione dei ruoli

predefiniti di medico e paziente, ma soprattutto per valutare se e come si interrogano su chi deve (o può) “fare salute”. Evidentemente questo significa anche interrogarsi su qual è la possibilità per esperienze informali, autogestite di incidere sul quadro istituzionale, ma anche di mettere a verifica se ci sia, da parte delle realtà indagate, questo tipo di interesse.

La sicurezza dovrebbe appartenere ai diritti sociali nella misura in cui l'insicurezza rappresenta una grave violazione del patto sociale. Vivere nell'insicurezza giorno per giorno significa non poter più fare società con i propri simili

Robert Castel, *L'insicurezza sociale*

2.1 – Evoluzione del concetto di salute nelle istituzioni internazionali⁷⁴

L'esame fatto fin qui dello sviluppo dal punto di vista teorico dei concetti di salute e malattia ha provato a mettere in evidenza gli aspetti critici emersi da diverse prospettive. Le implicazioni sociali connesse a queste definizioni non si sono limitate però unicamente ad un dibattito teorico, ma hanno avuto immediate ricadute nella proposta di strutturazione delle politiche sia in ambito sanitario che al di fuori. Come si vedrà nelle prossime pagine, la nascita dei sistemi sanitari nazionali in Italia e Spagna è correlata al momento storico che ciascuno dei due Paesi stava attraversando quando sono state formulate le relative norme istitutive. Altrettanta rilevanza ha avuto la svolta neoliberista che i due Paesi hanno accolto a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso che ha condizionato le scelte politiche in molti Paesi orientandole (in sanità così come in altri ambiti sociali) verso uno spiccato individualismo che si coniugava senza troppe difficoltà con l'impostazione spersonalizzante del modello biomedico, poco propenso ad uno sguardo comunitario.

Il progressivo inserimento di una prospettiva biopsicosociale in ambito istituzionale ha coinvolto soprattutto le strutture sovranazionali ma si proverà ad evidenziarne le difficoltà nel prendere corpo all'interno degli Stati e ad informare strutturalmente i sistemi sanitari.

⁷⁴ Mentre si stava procedendo alla stesura di questo testo, il 25-26 ottobre 2018, si è tenuta ad Astana, in Kazakistan, la Conferenza Globale sulle cure primarie promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione del quarantennale della Conferenza di Alma Ata. Si è avviato intorno alla nuova dichiarazione dell'OMS un ampio dibattito che ha coinvolto associazioni e realtà in tutto il mondo e che ha portato alla stesura di un documento critico rispetto alle prese di posizione dell'Organizzazione. Non è stato possibile, viste le tempistiche, approfondire qui i diversi aspetti, ma il testo della Dichiarazione di Astana si può leggere <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> mentre quello elaborato dai movimenti per la salute si trova alla pagina <http://phmovement.org/alternative-civil-society-astana-declaration-on-primary-health-care/>

Nel processo storico seguito alle due guerre mondiali la nascita dell'Organizzazione delle Nazioni Unite e della sua agenzia sulla salute, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, WHO – World Health Organisation in inglese) venne fondata a partire da questo Preambolo:

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia o infermità. Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razze, religione, credo politico, condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli Stati. L'impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti. Lo sviluppo diseguale tra i Paesi nella promozione della salute e controllo delle malattie, specialmente delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti.”⁷⁵

Questa prima definizione di salute si ritrova sintetizzata anche nell'articolo 1 dello Statuto dell'Organizzazione che lo ha mantenuto e confermato da un punto di vista scientifico, tecnico e politico, fino ai giorni nostri (Paccagnella, 2005).

Fu dunque questo il primo segnale di apertura ufficiale nei confronti delle scienze “della mente” da un lato, ma anche nei confronti degli studi in ambito economico e sociale provocando un significativo “turbamento culturale e strutturale nel campo della Sanità pubblica, dove si presentava la necessità di dare nuove impostazioni ai servizi sanitari esistenti” (Paccagnella, 2005: p. 23) a cui veniva richiesto di guardare anche alla tutela e promozione della salute, andando oltre alle tradizionali funzioni diagnostiche e curative.

Si apre dunque una fase di studi che comincia a mostrare come la salute, perché possa essere intesa come benessere, dipende anche dalla percezione soggettiva (approccio “percettivo”) provocando, come effetto una progressiva modificazione della rilevanza data alle certificazioni di salute (*cfr. capitolo 1*), ma anche ad incidere sulla consapevolezza del ruolo individuale e collettivo⁷⁶.

Provare a tenere conto nella strutturazione di un modello di organizzazione sanitaria dei fattori considerati fino a quel momento esogeni, fu dunque un cambiamento profondo, ma la transizione in corso si muoveva in diverse direzioni. Per effetto della fiducia accordata al modello biomedico grazie agli importanti successi raggiunti dalla medicina, dalla chirurgia, ecc. (Rinaldi e Marceca, 2017) e per effetto dell'invecchiamento delle popolazioni occidentali, alle epidemie di malattie infettive e guaribili cominciarono ad affiancarsi epidemie di malattie cronico-degenerative curabili, ma non

⁷⁵ Statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948 in <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>

⁷⁶ Questo emerge chiaramente, ad esempio, per quanto riguarda la salute negli ambienti di lavoro come visto nel capitolo precedente.

guaribili ed altrettanto si diffusero rapidi cambiamenti negli stili di vita che comportano l'insorgere di modelli comportamentali significativi⁷⁷. Aumentarono anche le cosiddette patologie mentali legate al disagio sociale (si può pensare ad esempio alla condizione di un numero crescente di anziani soli), ma assunsero un ruolo sempre più importante anche le aziende farmaceutiche con interessi economici privati che si accompagnarono ad una sempre crescente richiesta di soddisfare nuovi bisogni emergenti (uno su tutti, l'espansione dell'ambito della medicina estetica). Alla luce di tutto questo l'ipotesi multidimensionale della salute che accompagnò la nascita del modello biopsicosociale (*cfr. capitolo 1*) si mostrava fin da subito poco compatibile con i modelli sanitari tradizionali (Paccagnella, 2005: p. 25).

La critica ad un modello riduzionista riemerge poi alla fine degli anni Settanta con la Conferenza di Alma Ata⁷⁸ (ex URSS) quando 134 Stati dell'OMS, 67 agenzie internazionali e alcune organizzazioni non governative firmarono una Dichiarazione per l'adozione delle cure primarie come prospettiva per il raggiungimento della "salute per tutti" entro il 2000⁷⁹. Con questo testo viene esplicitata la necessità di un lavoro complessivo da parte di settori sanitari e non sanitari per il raggiungimento di condizioni di salute migliori per tutti:

“La Conferenza ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario” (art. 1).

Viene posto il problema delle enormi disparità nello stato di salute delle persone sia tra Stati che all'interno degli stessi (art. 2) ed allo stesso tempo si riconoscono i diritti e doveri dei cittadini di “partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno” (art. 4). L'articolo successivo mette in evidenza quali siano le motivazioni che spingono l'OMS e gli Stati firmatari a promuovere la salute come “obiettivo sociale essenziale”, e cioè per far sì che venga raggiunto entro l'anno 2000 “un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva”. È chiaro dunque come anche in questo caso sia forte la componente orientata al mantenimento in salute in

⁷⁷ Si pensi ad esempio all'utilizzo di mezzi di trasporto propri e a quanto questo incida sul fattore della sedentarietà, oppure alla diffusione di specializzazioni mediche in ambiti sempre più ampi (fisioterapisti, dietisti).

⁷⁸ Nel 1978 verrà anche istituito il Servizio Sanitario italiano e si avvieranno, a seguito della fine del regime franchista, le riforme entro cui sarà definita anche la sanità pubblica spagnola.

⁷⁹ Dichiarazione della Conferenza Internazionale sull'assistenza primaria, Alma-Ata, URSS, settembre 1978 <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

un'ottica economicista, ma sicuramente il passaggio successivo è un avanzamento importante dal punto di vista delle prospettive che apre: "L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale".

Gli articoli successivi definiscono cosa viene considerato assistenza sanitaria di base:

"L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione. [...] L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria" (art. 6)

L'articolo 7 entra nel merito di alcuni aspetti specifici relativi a cosa si intende far rientrare nell'assistenza primaria per poi arrivare al richiamo esplicito ai governi nazionali affinché facciano un investimento strutturale su questo tema da un lato mettendo in evidenza come potrebbero essere investite in quest'ambito le risorse altrimenti investite in armamenti e conflitti (art. 10), dall'altro indicando la necessità di esercitare una volontà politica per mobilitare le risorse in questa direzione e per formulare a livello statale "politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori".

Ciò che è importante sottolineare qui in vista dei casi studio che si esamineranno successivamente, è l'accento posto sull'*accessibilità universale* a queste forme di assistenza sanitaria considerate *essenziali*, di primo contatto con i sistemi sanitari nazionali, e soprattutto sul ruolo della *piena partecipazione* che viene sollecitata all'interno di un *processo continuo* di assistenza. Ciò che si provò a delineare fu l'idea di una primary health care che facesse da piattaforma per l'organizzazione dell'intero servizio sanitario (Materia, 2009).

Va evidentemente tenuto conto che questa decisione arrivò in un momento di profonda trasformazione mondiale con i movimenti sociali che avevano attraversato Europa e Stati Uniti chiedendo più diritti, con i processi di decolonizzazione che stavano attraversando l'Africa, l'instabilità in America Latina e gli effetti delle crisi del petrolio, ma questa tendenza, almeno a livello di dichiarazioni ufficiali, viene mantenuta e viene ribadita qualche anno dopo, nel 1986, con la stesura della Carta di Ottawa (Canada). Questa Carta fu il risultato della Prima conferenza internazionale

sulla promozione della salute promossa con la finalità di individuare una cornice strategica entro cui agire in alcune aree di intervento specifiche: la costruzione di una politica pubblica per la salute, la creazione di ambienti di sostegno, il rafforzamento dell'azione della comunità per la salute, lo sviluppo delle capacità delle persone, il ri-orientamento dei servizi⁸⁰. Uno degli aspetti su cui più si è concentrata la Carta di Ottawa è il ruolo della partecipazione della cittadinanza, di tutte/i le/i cittadini, sottolineando come essa non debba limitarsi alla formalità, ma vada sostanziata attraverso percorsi di educazione alla salute che la rendano attiva e consapevole per far sì che le persone coinvolte non siano “semplice “oggetto”, ma [...] “soggetto” in qualche misura corresponsabile e codeterminante in tutte le decisioni sociali che sempre più direttamente e pesantemente la coinvolgano” (Paccagnella, 2005: p. 32).

Non solo dunque, si assume che il compito delle politiche nell'ambito della salute sia far fronte agli stati di malattia, ma anzi viene rafforzata la spinta a mettere le persone in condizioni di controllare il proprio stato di salute e, eventualmente di migliorarlo: “Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.” (Carta di Ottawa, 1986). La Carta evidenzia inoltre la necessità di promuovere la salute tenendo conto delle differenze di genere esistenti e lo fa esplicitando che l'uguaglianza in materia di salute dev'essere possibile per uomini e donne (“to enable”) e nel punto 3, alla voce Entrare nel futuro:

“La Salute è costruita e vissuta in diversi ambiti della vita quotidiana: nei luoghi dove si studia, si lavora, si gioca, si ama. Essa deriva dalle cure dedicate a noi stessi e agli altri, dalle attitudini a prendere decisioni ed a controllare le proprie condizioni di vita, dalla sicurezza che la società offra a tutti i suoi componenti la possibilità di godere di un buon livello di salute. L'interesse per gli altri, l'approccio olistico e l'ecologia sono elementi indispensabili per la concettualizzazione e l'elaborazione delle strategie di Promozione della Salute. Perciò i creatori di queste strategie devono adottare come principio direttivo il fatto che, a tutti i livelli della pianificazione, della realizzazione e della valutazione della Promozione della Salute, uomini e donne sono parti associate e uguali.” (Carta di Ottawa, 1986)

La salute è quindi vista come una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. È un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. (Carta di Ottawa, 1986) Il tema dunque è quello di compiere scelte politiche che possano mettere tutta la

⁸⁰ Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986, Ottawa, Canada <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

popolazione nella condizione di partecipare alla definizione e promozione della propria salute, evidentemente partendo dalla mediazione tra interessi sociali ed economici spesso contrastanti.

Negli anni successivi queste indicazioni rimasero praticamente lettera morta, ostacolate dagli orientamenti divergenti della Banca Mondiale, ma anche dalla scelta della classe dirigente medica di rafforzare approcci selettivi di controllo delle singole malattie (Materia, 2009; Brambilla e Maciocco, 2016). La posta in gioco riguarda in sostanza due strategie radicalmente diverse⁸¹, due visioni della salute e della conseguente organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari in modo orizzontale o verticale. Nel primo caso ci si riferisce ad un approccio volto ad “affrontare i problemi di salute della popolazione con la creazione di un solido sistema permanente di servizi sanitari generali di primo, secondo e terzo livello”, mentre nell’ipotesi di un’organizzazione verticale, si propone di affrontare ciascun problema istituendo di volta in volta organizzazioni ad hoc; citando De Maeseneer⁸², Brambilla e Maciocco evidenziano come l’approccio orizzontale sia focalizzato sulle persone e le comunità mentre quello verticale sulle malattie (Brambilla e Maciocco, 2016). Non furono solo i governi a propendere per un approccio verticale, sospinti dall’avvento del neoliberismo, ma esso venne accolto con maggior favore anche da parte dei medici nonostante i segnali di non sostenibilità di quella modalità di intervento fossero stati messi in evidenza fin da subito⁸³.

Un ruolo di rilievo pare essere giocato, anche in questo caso, dal percorso di istruzione della classe medica. Nonostante i tentativi di sistematizzazione e di definizione di un approccio olistico o ecologico, viene a mancare la trasmissione di queste proposte nel passaggio formativo limitandone così fortemente la possibilità di traduzione in pratiche. Così Paccagnella descrive la situazione:

“Purtroppo, la formazione del medico “curante” viene tuttora orientata prevalentemente nelle scuole di medicina verso l’analisi dei sistemi corporei e secondariamente ai problemi della mente dell’individuo, riservando una minore o assai scarsa attenzione alle relazioni dell’uomo con i

⁸¹ Ci si riferisce qui alla Comprehensive Primary Health Care (PHC) promossa dalla Conferenza di Alma Ata in contrapposizione alla Selective PHC basata su un ristretto numero di interventi selezionati. Come riportano Brambilla e Maciocco, la Banca Mondiale all’inizio degli anni Ottanta attaccò direttamente le decisioni della Conferenza sostenendo che i Paesi in via di sviluppo avrebbero dovuto ridurre la spesa per la sanità quasi a zero e che dunque sarebbe stata da preferire un’impostazione verticale dei servizi sanitari. (Brambilla e Maciocco, 2016: p. 21; Rinaldi e Marceca, 2017: p. 106).

⁸² De Maeseneer J. Et al., Primary Health Care as a Strategy for Achieving Equitable Care: A Literature Review Commissioned by Health System Knowledge Network, WHO, March 2007, in http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf

⁸³ Brambilla e Maciocco citano un intervento del 1986 di Hunnu Vuori, medico e allora responsabile Ricerca e sviluppo dell’OMS, in cui vengono messe in evidenza le ragioni che dovrebbero incentivare l’utilizzo della PHC. Nello stesso contributo si evidenzia come gli stessi Paesi più ricchi non possano garantire a tutti i cittadini, attraverso l’erogazione di medicina altamente tecnologica, il diritto alla salute, ma che esista una soluzione possibile: “È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la PHC. Questa è l’unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie”. H. Vuori, *Health for All, Primary Health Care and General Practicioners*, in “Journal of the Royal College of General Practicioner”, 36, 290, 1986, pp. 398-402 citato in Brambilla e Maciocco, 2016.

sistemi bio-fisici, sociali, comportamentali che hanno rilevanza essenziale nell'intervento preventivo, riabilitativo e soprattutto nell'intervento per la promozione della salute. Il modello culturale e operativo medico [...] sembra in crisi di cambiamento nei vari Paesi [...] e sarebbe auspicabile che la crisi del modello evolvesse verso la multidimensionalità, ma non sembra che ciò stia per accadere se si considera che al contrario va consolidandosi un ulteriore interesse riduzionistico estremo, subcellulare, verso la medicina e la biologia molecolare, a scapito della dimensione olistica/sistemica/multidimensionale/ecologica/sociale/comunitaria della medicina, che viene suggerita da un lato dall'epidemiologia contemporanea e, dall'altro, dalle teorie moderne riguardanti l'approccio biopsicosociale dell'uomo, inserito nelle sue comunità di appartenenza [...]. Evidentemente gli ostacoli culturali che si oppongono alla realizzazione di una nuova Sanità pubblica ispirata e coerente con la visione sistemica anzidetta della salute restano notevoli, cui si devono aggiungere gli ostacoli strutturali ed economici o di mercato che si oppongono a loro volta alla necessità di riorientare i sistemi di servizi sanitari, concepiti finora per la diagnosi e la cura di malattie e non anche per la promozione della salute umana.” (Paccagnella, 2005: p. 28)

Sarà poi il Rapporto OMS del 2008 a riaccendere l'attenzione sulla Dichiarazione di Alma Ata ed in particolare sugli effetti che l'evoluzione diseguale dei sistemi sanitari ha prodotto nel mondo negli ultimi decenni con sistemi sanitari, soprattutto nei Paesi più poveri, spinti verso privatizzazione e commercializzazione della salute ed offerta sanitaria radicata su ospedali e cure specialistiche. In particolare, l'attenzione è stata posta sull'aumento delle disuguaglianze in salute sia tra Paesi che all'interno degli stessi mentre l'aspettativa delle persone rispetto al proprio stato di salute si è avvicinata molto ai valori orientati all'equità espressi nel 1978⁸⁴. Se negli anni subito successivi alla firma della Dichiarazione l'OMS ha proposto modelli di programmazione sanitaria, “pacchetti” essenziali di interventi, trent'anni dopo la visione dell'assistenza sociale venne centrata sul ruolo dei sistemi sanitari definito dalle dinamiche sociali (Materia, 2009).

Sempre nel 2008 gli Stati europei membri dell'OMS firmano un accordo volto a darsi indicazioni comuni sul rafforzamento dei propri sistemi sanitari accogliendo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità a partire dalla Dichiarazione di Alma Ata e seguenti. Pur considerando le differenze specifiche di ciascun Paese, i firmatari della Carta di Tallin⁸⁵ riconoscono la necessità di un intervento volto al miglioramento dello stato di salute dei/le cittadini/e come investimento nel benessere sociale ed economico generale. Leggendo il testo emerge chiaramente un orientamento

⁸⁴ Si vedrà nelle prossime pagine, ad esempio, il processo entro cui è inserita la stesura della Carta per la Salute dei Popoli e la nascita dell'esperienza del People's Health Movement <https://phmovement.org/about/>

⁸⁵ Carta di Tallin: sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico, giugno 2008, World Health Organization – Regional Office for Europe http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf traduzione in italiano nel sito del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1314_allegato.pdf

molto focalizzato su sistemi sanitari classici, in cui accanto ad un formale sguardo biopsicosociale, si continuano ad immaginare interventi di miglioramento in ambito biomedico assumendo esplicitamente, accanto alla concessione di maggiore attenzione nei confronti delle fasce di popolazione povere e vulnerabili, la necessità di “far quadrare i conti” delle evidenze biologiche e dei risultati misurabili. Gli impegni che gli Stati assumono, oltre a scopi di cooperazione e reciprocità, guardano soprattutto all’efficienza dei sistemi sanitari, che pure tenga conto delle “possibilità economiche dei cittadini in modo che gli individui e le famiglie non debbano incorrere in un impoverimento dovuto alla malattia o al ricorso ai servizi sanitari; e risponda alle esigenze ed alle priorità dei cittadini, trattandoli con dignità e rispetto quando entrano in contatto con il sistema” (Carta di Tallin, 2008). Ciò che emerge è dunque un’impostazione molto lontana dal modello orizzontale proposto ad Ottawa e ancora di più dall’idea di promozione della salute presente nella Dichiarazione di Alma Ata, si ritorna anzi ad un’idea di intervento sul “benessere sociale” ancorato alla dimensione medico-sanitaria.

Come si vedrà in riferimento ai casi italiano e spagnolo, questa impostazione molto orientata all’efficientismo, all’*evidence based medicine* e agganciata alle esigenze dei bilanci economici, alla responsabilizzazione del singolo più che alla condizione di salute della popolazione nel suo complesso⁸⁶ avrà ricadute importanti sui sistemi sanitari in particolare a seguito dell’introduzione di vincoli ai bilanci statali seguiti alla crisi economica. Per quanto riguarda il sistema italiano, ad esempio, viene proposto uno sguardo puntuale da Biancheri e Cervia:

“Limiti [questi, del welfare italiano] in cui il vento liberista del razionalismo economico può produrre conseguenze doppiamente regressive, poiché finora non si è raggiunto un effettivo risparmio ma soltanto una contrazione della spesa pubblica e un aumento di quella privata, con effetti manifesti anche sulla riproduzione delle disuguaglianze. Le conseguenze dell’aziendalizzazione, infatti, sono prodotti visibili nella crescente insoddisfazione dei cittadini/utenti, perché tener conto della sola compatibilità di spesa, in nome di una presunta efficienza mutuata da modelli manageriali, si scontra proprio con il concetto di equità nella cura.” (Biancheri e Cervia, 2016: p. 9)

⁸⁶ “L’applicazione pratica di queste finalità generali richiede l’identificazione di obiettivi ad esse collegati [...] che siano conformi alle priorità socio-politiche e ai mezzi economici e fiscali del Paese. Allargare l’accesso a un’assistenza sanitaria di alta qualità e migliorare la conoscenza delle persone su come migliorare la propria salute sono esempi applicabili a tutti i Paesi. Gli obiettivi dovrebbero essere espressi in maniera oggettivamente misurabile, per consentire un puntuale monitoraggio dei progressi compiuti. Da questo approccio trarranno orientamento la programmazione, l’attuazione e la valutazione delle riforme dei sistemi sanitari” Carta di Tallin, 2008, punto 12, op. cit.

Entro questo dibattito in cui gli interessi in campo sono molteplici e spesso in conflitto tra loro⁸⁷, si sono sviluppati parallelamente, quasi divaricando ancora di più l'approccio teorico da quello pratico, gli studi sulle disuguaglianze di salute e sui fattori che su esse incidono. Per ciò che interessa qui, si intende sottolineare soprattutto come, a seguito del maggior ruolo assunto dalla Banca Mondiale rispetto all'Organizzazione Mondiale della Sanità a livello internazionale, sia stato marcato fin dai primi anni Novanta il passaggio della salute da “diritto” a “bene economico” (Rinaldi e Marceca, 2017: p. 106) a cui però ha fatto seguito, nel decennio successivo, la constatazione sostanziata attraverso studi e ricerche in tutto il mondo, delle “evidenze scientifiche circa gli effetti negativi sulla salute delle politiche di sviluppo neoliberiste e il ruolo rilevante dei determinanti sociali nell'influenzare la salute” (Rinaldi e Marceca 2017: p. 106). Nel 1991 Dahlgren e Whitehead avevano proposto una sistematizzazione attraverso uno schema ad arco (Figura 1) dei determinanti sociali di salute, poi aggiornato negli anni successivi da altri studiosi⁸⁸, per fornire in un unico colpo d'occhio un'immagine unitaria dei fattori che agiscono sulla salute e sulla percezione di salute, a partire dai fattori costitutivi per arrivare alle condizioni socioeconomiche generali (Dahlgren e Whitehead, 1991).

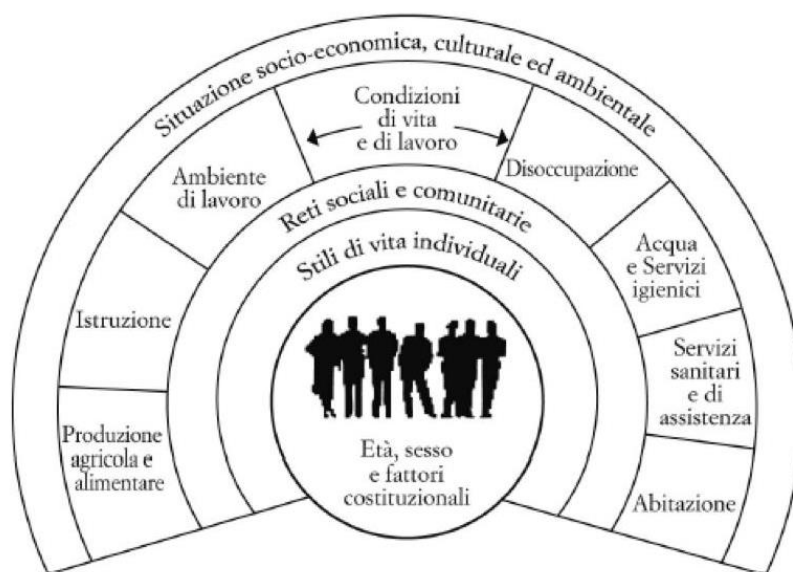


Figura 1 - I determinanti sociali di salute. Dahlgren e Whitehead, 1991

⁸⁷ La letteratura sul ruolo degli interessi economici privati in ambito sanitario è molto ampia, si veda ad esempio: Rubio Jiménez M., *Tu salud, nuestro negocio*, ed. Akal, Tres Cantos 2014; De Vogli R e Renzetti N., *The Potential Impact of the Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) on Public Health?*, “Epidemiol & Prev”, 2016; Kondilis E. et al., *Privatizing the Greek health care system: a story of corporate profits and rising health inequalities*, in Lister J. (a cura di) *Europe's Health for Sale. The heavy cost of privatization*. UK: Libri Publishing Ltd. 2011, pp. 29-43.

⁸⁸ Per una breve ricostruzione dei passaggi che si sono susseguiti nella definizione dei determinanti sociali di salute nel tentativo di mantenere in un unico schema non solo i fattori rilevanti per la salute dei cittadini, ma anche le relazioni tra i vari fattori, si veda Rinaldi A. e Marceca M., *I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?*, in “Riflessioni sistemiche”, 16, giugno 2017, pp. 104-119.

Il lavoro fatto in questi anni sul tema dei determinanti sociali di salute ha portato a definire come, in Occidente, l'incidenza dei sistemi sanitari sulla condizione di salute delle persone sia circa del 10%, mentre il restante 90% dipende da fattori non sanitari⁸⁹. In questo modo è stato aggiunto un ulteriore tassello a conferma del fatto che parlare di diritto alla salute implica, oltre alla tutela del diritto individuale ad essere curato e non ammalarsi, anche il diritto a condurre una vita dignitosa ed in una condizione di benessere complessivo.

Riprendendo quanto scritto da Tognetti Bordogna,

“il principio universalistico ha occultato il permanere e il riemergere di vecchie e nuove disuguaglianze di salute che per molti autori sono semplicemente disuguaglianze sociali [...] Ciò che qui chiamiamo disuguaglianze di salute sono in realtà disuguaglianze sociali che si esplicano attraverso la salute e la malattia e i relativi comportamenti [...] l'aspetto più stupefacente e stimolante delle disuguaglianze nella salute è la loro regolarità nella scala sociale. A qualsiasi livello della scala sociale ci si ponga, il livello inferiore presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole di quello immediatamente superiore” (Tognetti Bordogna, 2017: p. 40).

Come indicato anche dall'autrice, il dibattito sul tema è aperto e dovranno esserne approfonditi molti aspetti, ciò che però si può dire è che gli studi svolti fino ad oggi non danno una visione univoca su quale elemento possa incidere maggiormente sulla salute. Un'ipotesi diffusa è che sia il reddito individuale il principale fattore di disuguaglianza, ed il tema era già dibattuto negli anni Settanta, ad esempio Polack riporta il caso della diffusione di un'epidemia in India:

“Le disuguaglianze sociali possono anche arrestare la massiccia avanzata delle epidemie: in una epidemia scoppiata in India dopo la Prima Guerra Mondiale, il tasso di mortalità per un milione di abitanti era di 537 tra gli indiani di “casta inferiore” e di 0,8 tra gli europei (Polack, 1972: p. 25, nota 9).

Ciò che interessava l'autore francese era soprattutto evidenziare la relazione tra reddito e malattia e la necessità di trasformazioni sincroniche tra sviluppo industriale e sistema sanitario:

“[...] il tenore di vita (più precisamente: i redditi) dividono gli uomini di fronte alla minaccia della malattia, stabilendo una rigida omotetia tra il prezzo della loro vita e il valore della loro forza-lavoro. Ma il valore di questa forza varia secondo la congiuntura economica e implica la

⁸⁹ Il dato è riferito agli Stati Uniti, ma viene considerato simile anche per quanto riguarda l'Europa. Institute for the future (ITF), Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge. Princeton: Jossey-Bass, 2003

diversificazione delle esigenze sanitarie dello Stato nelle varie fasi dello sviluppo industriale” (Polack, 1972: p. 25).

Ma non tutti gli autori sono dello stesso avviso. Stefanini ricostruisce così il dibattito:

“[...] gli studi sulla associazione tra reddito individuale e salute mostrano una costante relazione tra livello del reddito e morbosità/mortalità, laddove coloro che si trovano ai livelli di reddito più bassi soffrono dei più alti tassi di mortalità e di inferiore stato di salute. Tuttavia, chi sostiene che questa disuguaglianza individuale nel reddito si traduce in peggiore salute per tutta la popolazione viene confutato da altri, come Mackenback, che mostrano come nei dati provenienti da 16 paesi industrializzati “l’associazione tra disuguaglianza di reddito e speranza di vita è scomparsa”⁹⁰. Conclusioni apparentemente opposte vengono raggiunte da un vasto studio multicentrico dei paesi dell’OCSE⁹¹. Questa vivace discussione ha concentrato l’attenzione sulla natura della relazione esistente tra disuguaglianza e salute, in particolare sulle modalità con cui gli effetti contestuali della disuguaglianza, come basso stato sociale anziché la disuguaglianza di reddito in sé, possano influenzare gli esiti di salute” (Stefanini, 2007)

A partire dall’idea che i determinanti sociali di salute (SDH) siano una chiave di lettura attraverso cui comprendere le disuguaglianze di salute e riconoscerne le cause al fine di poter agire per eliminarle⁹², l’OMS nel 2005 ha avviato i lavori di una Commissione sui determinanti sociali della salute (CSDH) presieduta dal medico inglese Micheal Marmot, uno dei più noti studiosi delle disuguaglianze in salute. Proprio queste attività di studio della situazione a livello europeo hanno portato a riconoscere costanti ed elementi ancora poco approfonditi che sono stati descritti inizialmente con il primo report della Commissione nel 2008, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*⁹³. La base teorica su cui poggia il modello dei determinanti sociali di salute della Commissione coniuga l’approccio psicosociale, l’approccio materialista o della produzione sociale di patologia e l’approccio ecosociale, ciascuno dei quali tende a dare un peso specifico maggiore ad alcuni aspetti o ad altri. Come propongono Rinaldi e Marceca, se si prova a rimanere fedeli all’idea di processualità e di analisi non finalizzata all’individuazione di una

⁹⁰ Machenbach, J., *Income inequality and health*, in “British Medical Journal” 2002, 324:1-2

⁹¹ Navarro V. et al., *Summary and conclusions of the study*, in “International Journal Health Services”, 2003, 33(4): pp. 743-749.

⁹² Su questo aspetto si rimanda anche a Wilkinson R. e Pickett K., *La misura dell’anima. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*, Feltrinelli, Milano 2009 e a Cardano M., *Diseguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in “Polis”, 2008.

⁹³ Per il testo complessivo del report si veda http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

rappresentazione univoca e definitiva, questi tre approcci possono essere posti in dialogo tra loro senza rischiare di “confondere la *mapa* con il *territorio*” (Rinaldi e Marceca, 2017: p. 107).

A latere di questo processo di progressiva definizione teorica sono state indicate possibili azioni e politiche di contrasto alle disuguaglianze che tengono conto dei diversi livelli a cui si attesta ciascun determinante sociale⁹⁴, dunque immaginando interventi finalizzati ad agire sui cosiddetti determinanti strutturali, cioè il contesto socioeconomico e politico e la posizione sociale. I Paesi europei hanno cominciato a porsi il problema di definire una cornice di azione all’altezza dei cambiamenti radicali nella composizione delle popolazioni ed in particolare, oltre alla necessità di adattarsi a un’immagine più olistica della salute e ad aspettative più alte da parte dei cittadini, hanno cominciato a dover tenere conto della riduzione della natalità, dell’invecchiamento della popolazione -con conseguente cambiamento nel tipo di assistenza- e dei fenomeni migratori. In seguito a questa analisi viene proposto il documento Health 2020⁹⁵, delle linee guida rivolte ai governi nazionali con gli obiettivi di promuovere la salute riducendo le iniquità (e dunque con un riferimento diretto all’intervento sui determinanti sociali di salute) e rafforzare la governance per la salute⁹⁶. Gli ambiti prioritari di azione politica individuati in questo documento sono quattro: investire in salute considerando l’intero arco della vita e sviluppando l’empowerment delle persone; utilizzare approcci integrati e strategie intersettoriali per promuovere la salute; mettere al centro dell’assistenza dei servizi sanitari la persona investendo su assetti organizzativi e formando gli operatori al lavoro in équipe; creare e sostenere comunità resilienti definendo ambienti favorevoli al benessere e alla salute individuale e comunitaria. L’ultimo modello che sta prendendo piede in tempi recenti è però quello della *Salute in tutte le politiche - HIAP (Health in all policies)*⁹⁷ che fa seguito alla riflessione sui determinanti sociali di salute ed è stato proposto per la prima volta nel 2006 invitando tutti i legislatori, a qualunque livello agiscano, a fare un’analisi delle politiche che intendono promuovere o attuare che tenga conto degli effetti dal punto di vista della salute e del benessere che produrranno. Come si vedrà, questo approccio è stato accolto a livello territoriale da diverse città, tra cui Barcellona.

⁹⁴ Ci si riferisce qui allo schema proposto dall’OMS nel 2010 a pagina 6 del report “A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinant of health - discussione Paper 2” in http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

⁹⁵ Health 2020, Governance for health in the 21st century, the Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region, WHO, 2012, in <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>

⁹⁶ Per una disamina più approfondita della proposta Health 2020, si veda ad esempio Ziglio E. e Lirussi F., Promuovere la salute della popolazione e ridurre le disuguaglianze attraverso i determinanti sociali della salute, in <http://www.centrosaluteglobale.eu/site/ridurre-le-disuguaglianze-attraverso-i-determinanti-sociali-della-salute/>

⁹⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità, Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action 2006, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=3E56C80C3BF1A301121212F7D61C5BCF?sequence=1

Evidentemente il tema sottotraccia di questa disamina è quello che riguarda il conflitto tra gli interessi economici e la spinta del neoliberismo verso una salute sempre più commerciabile ed il riconoscimento, per converso, che proprio le politiche neoliberiste stiano radicalizzando le diseguaglianze sociali e di salute con conseguenze di grandi disparità non solo tra Stati, ma anche nelle popolazioni di ciascun paese. Ciò su cui ha senso ritornare, e lo si farà poi per quanto riguarda le specificità dei territori considerati nei casi di studio, è il ruolo fondamentale della scelta politica da parte dei governi nazionali e soprattutto delle amministrazioni locali relativamente all’allocazione delle risorse da destinare ai vari settori, soprattutto in una situazione come quella attuale di imposizione delle politiche di austerità e di vincoli sulla spesa pubblica (*cf. par. 2.2 e 2.3*).

Proprio a questo proposito, prima di entrare nel merito di come queste evoluzioni nell’approccio alla salute sono state recepite e si sono sviluppate in Italia e Spagna, un ultimo riferimento è quello ad un’altra direttrice fondamentale in tema di salute e servizi ad essa connessi e cioè quella della scala geografica di riferimento. Al di là delle competenze specifiche dei vari enti locali, alcune riflessioni sono importanti ai fini di questa ricerca per quanto riguarda la tipologia di applicazione pratica che i framework proposti dall’OMS possono avere nella quotidianità della vita delle persone. Secondo Paccagnella, il livello locale di intervento è quello in cui è possibile constatare direttamente “che la gran parte degli strumenti che condizionano la salute dipendono da settori diversi da quello della medicina e la visione di insieme nei singoli luoghi potrebbe fornire delle indicazioni su quelle che potranno essere le caratteristiche di una nuova sanità pubblica, che non cura soltanto le malattie ma promuove anche la salute con il coinvolgimento dei settori non sanitari che hanno responsabilità in questo campo” (Paccagnella, 2005).

In questo senso, come si vedrà poi più nello specifico (*cf. par. 2.4*), molte sperimentazioni pratiche orientate ad uno sguardo olistico sulla salute valorizzano soprattutto l’intervento sul territorio, fortemente radicato in piccoli gruppi di persone. Si pensi ad esempio alle sperimentazioni di medicina di comunità⁹⁸, o come si è visto nel capitolo precedente, al lavoro proposto dalla medicina sociale nel caso di Giugliano.

Relativamente a questa discussione è interessante riprendere qui le parole di Richard Horton in cui si interroga sul fatto che la medicina sociale sia un semplice sinonimo di salute pubblica e lo fa a partire da un testo di Ryle, *Changing disciplines* in cui l’autore individua due approcci differenti:

“mentre la salute pubblica si concentrava sull’ambiente, la medicina sociale si preoccupava della persona «e si sforza di studiarlo dentro e in relazione al suo ambiente». Mentre la salute pubblica

⁹⁸ Si veda Paccagnella B., *Salute globale e medicina di comunità in Italia*, in “Pace e diritti umani”, n. 3, settembre-dicembre 2010.

si limitava agli alloggi, all'acqua potabile e ai servizi igienico-sanitari, la medicina sociale includeva «l'intera opportunità economica o nutrizionale, professionale, educativa e psicologica o l'esperienza dell'individuo o della comunità»⁹⁹ (Horton, 2013).

Ragionare su dove debba attestarsi l'intervento perché possa essere realmente efficace rimanda anche al ruolo del medico e alla sua capacità, disponibilità e formazione orientate ad avere uno sguardo ampio sul contesto sociale in cui opera. E questo vale non solo per quanto riguarda la risposta che fornisce al singolo paziente, ma anche in relazione all'approccio con cui promuove la salute, non solo come cambiamento nello stile di vita individuale, ma come cambiamento del modello sociale. Dunque, per quanto possano essere avanzate le analisi e le indicazioni a livello internazionale, diventa di fondamentale importanza il ruolo giocato dagli attori istituzionali, e non, attivi a livello locale. Come vedremo nei casi di studio considerati, le grandi differenze geografiche presenti all'interno dei territori italiano e spagnolo avranno un ruolo importante per comprendere come si sia arrivati all'odierna situazione in Campania, e nel centro storico di Napoli in particolare, e nel quartiere Poble Sec, a Barcellona in Catalogna.

Come provato a descrivere nel primo capitolo di questo lavoro, proprio l'intreccio inestricabile tra i diversi fattori che influiscono sulla salute di ciascuno richiede una risposta o almeno una capacità di lettura all'altezza della complessità del problema. La sfida è dunque quella di costruire un approccio e uno sguardo capaci non solo di analizzare i diversi livelli di diseguaglianze nelle loro intersezioni ed evoluzioni, ma in grado al contempo di dare una rilettura dei determinanti sociali a partire dei rapporti di potere che li alimentano per poter proporre risposte se non complessive, almeno adeguate e allo stesso livello.

⁹⁹ Traduzione dell'autrice. Il virgolettato nella citazione è di John Ryle, *Changing disciplines*. Come riportato da Horton, Ryle individua altri due elementi di differenziazione nel livello a cui si attesta l'intervento (malattie trasmissibili per la salute pubblica, malattie non trasmissibili, salute mentale e lesioni per la medicina sociale) e nel coinvolgimento dell'operatore sanitario.

2.2 – Il sistema sanitario italiano e campano

Il fondamento del diritto alla salute nell'ordinamento italiano è l'articolo 32 della Costituzione che ne definisce la tutela un "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità". La seconda parte della norma richiama il principio di autodeterminazione in ambito sanitario: "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" che implica, da un lato, il diritto a sottrarsi alle cure proposte, dall'altro la libertà di scegliere terapie e medici lasciando implicito l'esercizio per il cittadino del diritto all'informazione relativamente al proprio stato di salute e dunque, di agire la propria scelta in modo pienamente consapevole.

La formulazione di questo articolo avvenne alla fine della Seconda Guerra Mondiale, durante la stesura del testo costituzionale che aveva lo scopo di fare da base giuridica e di indicazione politica alla strutturazione delle nuove istituzioni statali che avrebbero dovuto sostituire quelle del regime fascista. Per quanto concerne il percorso di definizione dell'intervento sanitario in Italia esso si era evoluto all'interno degli apparati statali del regime e dunque era fortemente condizionato da una spiccata tensione alla raccolta di consenso da un lato e di utilizzo dello strumento sanitario contro gli avversari politici dall'altro¹⁰⁰.

Vengono costituiti in quel periodo anche INPS (Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale) e INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), enti tutt'ora attivi, entro una logica di "istituzionalizzazione di ogni materia nel modo più sistematico possibile" (Kazepov e Carbone, 2018: p. 44). Per tutto ciò che riguardava i compiti assistenziali, il governo Mussolini procedette alla stipula dei Patti Lateranensi con la Chiesa cattolica nel 1929 affidando alle istituzioni religiose la gestione delle attività assistenziali tradizionali (assistenza agli anziani e alle persone non autonome in particolare), ma garantendosi al tempo stesso la prelazione su tutti i temi che riguardavano la socializzazione politica e l'organizzazione sociale. Questa impostazione, pur con alcune modifiche e adattamenti a seguito della caduta del regime, è stata mantenuta negli anni del dopoguerra, ma il sistema è stato progressivamente aggravato da una frammentazione amministrativa delle competenze relative ai servizi socioassistenziali.

¹⁰⁰ Si pensi ad esempio all'uso sistematico delle certificazioni di malattia mentale per confinare oppositori politici nelle strutture manicomiali. In realtà, l'utilizzo di questi luoghi per il confino non era limitato solo agli oppositori del regime, ma ne venne fatto un uso massiccio anche per il controllo di comportamenti considerati devianti a vario titolo. Negli ultimi anni diverse sono state le pubblicazioni centrate su questi temi, si vedano ad esempio: Petracci M., *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli 2014; Pieroni A., *Il figlio segreto del Duce. La storia di Benito Albino Mussolini e di sua madre, Ida Dalser*, Garzanti Libri, 2006; Valeriano A., *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli 2017.

Nel frattempo, in piena Seconda Guerra Mondiale, vennero compiuti gli studi poi utilizzati per la stesura del famoso Rapporto Beveridge¹⁰¹ finalizzato alla formulazione di una proposta relativamente alla strutturazione del sistema previdenziale presente all'epoca nel Regno Unito. Ciò che emerse da questo rapporto fu una chiara connessione tra basso reddito, povertà e mancanza di salute e questa nuova evidenza aprì la strada ad un cambiamento radicale di prospettiva nella strutturazione dei sistemi di welfare statali¹⁰². Secondo quanto proposto da Beveridge, l'attuazione di una politica sociale efficace era strettamente connessa ad una politica economica nazionale tendente alla piena occupazione (Kazepov e Carbone, 2018: p. 44).

Il periodo successivo fu connotato dal consolidamento del welfare state e dall'idea di intervento statale in alcuni ambiti dell'economia, ma i primi anni seguiti alla Seconda Guerra Mondiale furono anche il momento in cui cominciarono a differenziarsi i sistemi di welfare nei Paesi occidentali entro una comune cornice che vedeva lo Stato garante del benessere sociale attraverso l'estensione del proprio intervento sia in termini di rischi coperti che di popolazione beneficiaria (Flora, Heidenheimer, 1983 citato in Kazepov e Carbone, 2018: p. 47). Secondo quanto sostenuto da Ferrera ed altri, entro una fase di grande espansione economica "il *welfare state* diventa uno strumento di distribuzione di redditi e servizi attraverso trasferimenti incrociati da una categoria all'altra" (Ferrera, Fargion e Jessoula, 2012 in Kazepov e Carbone, 2018: p. 47), ma l'autore sottolinea come probabilmente sia stata la presenza di fattori contingenti a permettere questi decenni di sviluppo nascondendone al contempo i costi. In particolare, il riferimento è da un lato all'alto tasso di sviluppo economico del periodo che forniva ai governi un'ampia disponibilità di risorse e dall'altro l'utilizzo del meccanismo di *deficit spending* per cui le risorse necessarie derivavano da processi di indebitamento pubblico che, nel lungo periodo non sarebbero stati sostenibili soprattutto in uno scenario di progressiva differenziazione della domanda sociale. È lo stesso Ferrera che sottolinea come l'avvento delle crisi economiche degli anni Settanta si scontrò con la difficoltà di modificare le aspettative e i comportamenti sociali creati attraverso l'istituzionalizzazione delle pratiche distributive negli anni precedenti. Si è innescato in questo modo un diseguale accesso al welfare tra diverse fasce della popolazione che è andato poi incrementandosi negli anni seguenti (Ferrera, 1998 e Paci, 2005 in Kazepov e Carbone, 2018, pp. 48-51). Il tema in questione, dunque, è come si sono sviluppati i diritti sociali in Italia con l'intento di raggiungere, attraverso l'intervento pubblico, una

¹⁰¹ Beveridge W. H., The Beveridge Report, 1942.

<https://ia801604.us.archive.org/2/items/in.ernet.dli.2015.275849/2015.275849.The-Beveridge.pdf>

¹⁰² Una breve, ma interessante ricostruzione della storia dello stato sociale si ritrova in Cavallaro L., *Il nome e la cosa. Quale storia per lo "stato sociale"?*, in "Zapruder", 14, settembre-dicembre 2007.

sorta di compromesso tra capitalismo e benessere sociale¹⁰³; secondo quanto riportato da Kazepov e Carbone il *welfare state* italiano ha delle specificità proprie¹⁰⁴:

“Il *welfare state* in Italia si è consolidato sulla compresenza di uno schema previdenziale fortemente centrato sull’occupazione, in cui cioè l’accesso alle misure di protezione sociale dipende dalla posizione nel mercato del lavoro e, quindi, dal versamento dei contributi, e di uno schema universalistico limitato, però, solo al campo sanitario. Tutti gli altri ambiti dell’intervento sociale seguono, invece, una logica assistenziale basata sulla residualità degli interventi pubblici e sull’accertamento del reale stato di bisogno degli individui.” (Kazepov e Carbone, 2018: p. 65).

Dunque, per ciò che attiene questa ricerca, si può cominciare ad individuare un fattore limitante alla trasformazione della sanità in una prospettiva meno biomedica, nelle differenze tra le forme dell’intervento pubblico in ambito sanitario e quelle negli altri settori. Si può infatti presupporre che questo incida sulla capacità di interazione reciproca diventando ostacolo all’introduzione sul piano operativo di una visione olistica della salute.

Ad ogni modo, nel 1978¹⁰⁵ viene approvata la prima norma di riordino complessivo dei servizi sanitari:

“L’unica vera riforma strutturale del welfare italiano è stata l’istituzione, con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, del Servizio Sanitario Nazionale, un sistema direttamente ispirato ai principi universalistici della sicurezza sociale, teso a garantire pari condizioni di accesso e di servizi a tutti i cittadini.” (Kazepov e Carbone, 2018: pp. 68-69)

Questo modello sanitario nacque a partire da alcuni principi generali che, oltre alla tutela della salute pubblica, intendevano superare le differenze territoriali presenti a livello nazionale e al contempo definire una rete territoriale capillare ed integrata di servizi sanitari che avrebbero fatto capo alle

¹⁰³ Il tema del ruolo del welfare state come sistema di gestione della forza lavoro è molto ampio e discusso in letteratura; ad esempio già nel 1972 Polack, in riferimento alla situazione francese, definiva la Sicurezza sociale “tra un sistema di compensazione necessario allo sviluppo capitalistico e lo strumento di repressione delle rivendicazioni proletarie” (Polack 1972: p. 150).

¹⁰⁴ Pur rinviando al testo originale per un approfondimento più dettagliato, si vuole richiamare qui il riferimento che fanno gli autori alle cause delle “importanti distorsioni” che informano il sistema di welfare italiano e lo rendono un caso a sé stante rispetto agli altri Paesi europei, ed in particolare al fatto che l’accesso alle misure previdenziali e assistenziali avvenga su base categoriale – pur con l’eccezione dei servizi sanitari- e che vengano sfruttati strategicamente i meccanismi redistributivi a fini clientelari. A questo, aggiungono gli autori, si accompagnano ampi margini di discrezionalità sulla concessione dei servizi. (*ibid.*: p. 65 e seguenti).

¹⁰⁵ È molto importante ricordare qui che questa riforma, pur sviluppata nell’arco di diversi anni, venne approvata in un anno contraddistinto da un lato dall’approvazione di molteplici indicazioni normative in ambito sociale e sanitario, dall’altro da una fase storica particolarmente delicata come quella del delitto Moro, con una conflittualità sociale molto alta e una spinta radicale diffusa.

Unità Sanitarie Locali (USL), degli strumenti operativi gestiti dai Comuni. Le difficoltà entro cui era rimasto fin dal Dopoguerra l'esercizio dei servizi sanitari, organizzati sulla base di mutue facenti capo agli ordini professionali, provavano ad essere superate costituendo una struttura nazionale uniforme organizzata su tre livelli: nazionale, regionale e locale con una suddivisione tra Unità Sanitarie di base ed ospedali. A ciascun livello erano state assegnate funzioni specifiche e a Stato e Regioni venne affidato il compito di definire congiuntamente la programmazione degli obiettivi e le prestazioni sanitarie per garantire l'uniformità delle condizioni di salute sull'intero territorio nazionale (sezione II, legge 833 del 23 dicembre 1978). Alle Unità Sanitarie Locali venivano affidate diverse funzioni tra cui l'educazione sanitaria, la prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche, gli ambiti di intervento specifico come la medicina del lavoro o dello sport. Per assicurare la possibilità di intervento in tutti i settori previsti, la legge precisava anche l'ambito territoriale di intervento sulla base del numero di abitanti e delle condizioni geomorfologiche e socioeconomiche della zona (art. 14) Dopo una specifica normazione delle attività previste (sezione III – Prestazioni e funzioni) e dei rapporti con il personale che avrebbe fatto capo al Servizio sanitario (sezione IV – Personale), la legge descrive gli aspetti relativi ai controlli, alla contabilità e al finanziamento del servizio (sezione V). Il Titolo II invece è interamente dedicato agli aspetti relativi al Piano sanitario nazionale, un istituto finalizzato a dettare le linee generali delle attività del SSN: “in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali.” (art. 53). Attraverso questa legge, sospinta da molteplici cambiamenti sociali e dall'introduzione di altre norme parziali in ambito sanitario¹⁰⁶, l'impostazione dell'intervento pubblico cambiò radicalmente dando un'importanza particolare agli aspetti di prevenzione prima ancora che di cura oltre che caratterizzandosi per la visione solidaristica confermata dal finanziamento attraverso la fiscalità generale.

Prima di presentare una fotografia della situazione odierna con un focus specifico su Napoli e la Campania, si presentano qui in un breve excursus i principali passaggi normativi che, come si vedrà, hanno portato all'introduzione di un approccio aziendalistico all'interno del settore sanitario trasformando profondamente il carattere universalista e gratuito che aveva in origine.

Fin dai primi anni di attività il Servizio sanitario si caratterizzò per una forte burocratizzazione, ma soprattutto mise in evidenza la propria insostenibilità dal punto di vista finanziario¹⁰⁷. Altrettanto significativa fu la trasformazione dei comportamenti degli italiani rispetto alla salute nel corso degli

¹⁰⁶ Ci si riferisce ad esempio all'introduzione della legge 405 del 1975 istitutiva dei consultori familiari, o alla legge 180, cosiddetta Basaglia, per la chiusura delle strutture psichiatriche.

¹⁰⁷ Ferrera M. (a cura di), *Le Politiche Sociali*, Il Mulino, 2012.

anni Ottanta con una crescente insoddisfazione per le prestazioni sanitarie, ma con concezioni della salute e delle strategie per mantenerla che si differenziavano in ragione della condizione economica (Ingrosso e Vicarelli, 2015, pp. 23-24)

In un contesto di forte crisi istituzionale a seguito dello scandalo “Mani pulite” (e la trasformazione dell’arco parlamentare conseguente ad esso e alla caduta dell’Unione Sovietica) e con l’introduzione nel dibattito politico del tema del debito pubblico in relazione ai parametri di Maastricht, gli anni Novanta vedono la prima riforma del Servizio sanitario, la cosiddetta Riforma De Lorenzo (Legge 502 del 1992), che aprì la stagione dell’aziendalizzazione del sistema sanitario¹⁰⁸ e affidò alle Regioni il compito di nominare i direttori generali delle nuove Aziende Sanitarie Locali enti a cui fu data personalità giuridica autonoma. Nel cambio di denominazione da Unità ad Aziende, si rivela uno degli aspetti fondamentali di questa riforma volta a “connotare le organizzazioni sanitarie con caratteri di efficienza e di efficacia relativamente all’attività svolta, come accade per le realtà aziendali che producono beni di altra natura.” (Giorgetti, 2016: p. 41) Scrive ancora Giorgetti:

“Tale necessità parte dalla constatazione di uno sperpero generalizzato in organizzazioni complesse come quelle sanitarie, strutturate per adempiere alla funzione di produttori di una gamma di servizi assai ampia. Alle Aziende si richiede un impegno di produttività ovvero di sfruttamento ottimale delle risorse assegnate, nel rispetto di un livello accettabile di qualità.” (Giorgetti, 2016: p. 41).

Emerge chiaramente il rovesciamento delle priorità per cui, la qualità del servizio è sufficiente sia “accettabile”, purché sia mantenuto il vincolo di bilancio. Se uno dei punti cardine con cui è stata promossa la riforma è stato quello della messa a disposizione degli enti sanitari di una ampia autonomia attraverso l’attribuzione dei “principi gestionali delle aziende speciali (autonomia imprenditoriale, attribuzione della responsabilità gestionale al direttore, uniformazione della gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, obbligo del pareggio di bilancio, equilibrio tra costi e ricavi)” (Allegato 1, punto 4, Linee di guida n. 2/96)¹⁰⁹, dall’altro lato ne viene ridefinito l’ambito territoriale di azione su base provinciale ed i Comuni persero il ruolo di indirizzo e controllo affidato loro dalla legge 833 del 1978.

Il Direttore generale avrebbe nominato a proprio supporto un collegio dei revisori sulla base di una lista propostagli da Ministero, Regione e Sindaci, ma viene affidato al Direttore generale, nei suoi

¹⁰⁸ Per un inquadramento critico della riforma De Lorenzo, si veda Maciocco G., *Quando Ciampi salvò il Servizio Sanitario Nazionale*, in “Salute Internazionale” <http://www.saluteinternazionale.info/2016/09/quando-ciampi-salvo-il-servizio-sanitario-nazionale/> compreso il commento all’articolo di Edoardo Turi

¹⁰⁹ Si tratta di linee guida ministeriali stese per supportare la fase di avvio delle nuove Aziende locali. Si trovano in <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1996/05/31/096A3360/sg>

cinque anni di carica, il dovere di garantire il buon andamento sia economico e amministrativo che funzionale; viene inoltre introdotta la cosiddetta regionalizzazione dei servizi sanitari che avrebbe richiesto un controllo finanziario non più a livello generale, ma specifico per ciascuna Azienda Sanitaria. Un cambiamento significativo avviene anche per quanto riguarda il Piano Sanitario Nazionale che viene definito non più esclusivamente dallo Stato, ma con la partecipazione delle Regioni per definire una programmazione economica utile alla suddivisione delle risorse tra le Regioni (che poi dovranno distribuirle, sulla base di un piano regionale proprio, alle Aziende) che, a loro volta, possono aggiungere a questo monte di denaro i proventi di alcune imposte e le entrate derivanti dai ticket. Proprio questa introduzione del ticket come contributo diretto degli utenti inciderà fortemente sul servizio come si vedrà nel dettaglio nell'analisi delle interviste relative al caso napoletano. Viene parallelamente introdotta la cornice entro cui saranno poi stabiliti, a livello nazionale e d'intesa con le Regioni, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):

“L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale per il periodo di validità del Piano Sanitario Nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente” (art. 1.3 Decreto legislativo 502 del 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria)

I LEA saranno poi inseriti nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e definiti a partire dalle garanzie assicurate attraverso le risorse pubbliche nazionali così come previsto dalla Riforma Bindi (Decreto legislativo 229 del 1999). Verrà stilata una lista dei LEA nel 2001 a cui seguirà un aggiornamento nel 2017¹¹⁰.

Proprio la Riforma Bindi, come vedremo, sarà il terzo passaggio di trasformazione della sanità costituendo la base del sistema odierno e portando ulteriori modifiche all'impianto impostato dalla riforma del 1992 con una rivalutazione dei principi di tutela del diritto alla salute e dei Livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEUA). L'articolo 1 della riforma De Lorenzo recita:

¹¹⁰ A questo proposito, è necessario riportare come siano state espresse da più parti aspre critiche per la formulazione dei Livelli essenziali a causa delle implicazioni che una definizione così stringente di cosa viene finanziato e che cosa invece è completamente escluso dal sistema sanitario pubblico, rischia di costituire un fattore di esclusione per tutte le patologie o situazioni che non rientrano in questa lista. Si veda ad esempio: Springhetti P., *Lea, l'approvazione è un passo avanti? Le associazioni non ne sono convinte*, in “Redattore sociale”, 13 gennaio 2016 <http://www.agenzia.redattoresociale.it/Notiziario/Articolo/524906/Lea-l-approvazione-e-un-passo-avanti-Le-associazioni-non-ne-sono-convinte>

“Art. 1 - Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee guida generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l’entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale.” (art. 1 Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

Come già evidenziato in precedenza la direzione di questa norma era fortemente condizionata dal modello neoliberista che attraversava anche i settori sanitari portando l’intero sistema ad allontanarsi dai principi di universalità e gratuità da cui prendeva le mosse la legge 833 del 1978. Sarà poi la Riforma Bindi a ridare centralità alla tutela della salute:

“Art. 1 - La tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale [...]” (art. 1 Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299)

Ma a parte l’impostazione ideologica che accompagna questo cambiamento, rimangono uguali a quanto stabilito nel 1992 gli strumenti per fornire le risorse necessarie ai servizi sanitari e l’idea di definire i Livelli Essenziali di Assistenza attraverso i Piani sanitari nazionali periodici e tenendo conto delle indicazioni provenienti dai documenti di programmazione economica per gli anni interessati. Vengono apportate modifiche all’organizzazione dei rapporti tra direttore generale e collegio dei revisori (che prende il nome di collegio sindacale e viene nominato direttamente dagli enti), ma non viene in alcun modo messa in discussione la tendenza all’aziendalizzazione del sistema sanitario ed anzi risulta una convergenza su un riassetto istituzionale in direzione di un progressivo calo del ruolo del potere politico. Un aspetto che influirà invece in maniera significativa sul successivo andamento del sistema sanitario è il processo di regionalizzazione insito in questa riforma per cui viene data maggiore autonomia alle Regioni per quanto riguarda sia l’amministrazione dei Servizi sanitari regionali che dal punto di vista finanziario. La decisione inoltre di tenere le ASL, acquirenti dei servizi per conto dei pazienti, separate dalle Aziende ospedaliere, produttrici di servizi, porta a forme di

concorrenza tra i territori con un progressivo aumento delle disuguaglianze e con forte connotazione geografica¹¹¹.

È attraverso questa riforma che viene inoltre introdotta l'intramoenia, un sistema per cui lo specialista ospedaliero può usufruire degli spazi e delle strumentazioni della struttura pubblica per alcune ore al di fuori del proprio orario di lavoro per offrire prestazioni in libera professione dietro pagamento di una tariffa a carico del paziente¹¹². La giustificazione fornita per questa che apparve come una messa a disposizione di strutture pubbliche per interessi privati, fu garantire la possibilità ai cittadini di poter scegliere il medico a cui rivolgersi senza dipendere dalle liste di prenotazione ospedaliera.

Per quanto riguarda poi l'approccio teorico che, come si è visto in precedenza, era stato ampiamente discusso dal 1978 agli anni Novanta, la riforma Bindi ha confermato un approccio evidence based ed anzi ha messo in correlazione l'evidenza scientifica e l'appropriatezza clinica delle prestazioni con le disponibilità e le limitazioni economiche. L'efficientismo tipicamente aziendalista è dunque diventato strutturale ai meccanismi di finanziamento del servizio sanitario:

“Art. 7 - Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: a) non rispondono a necessità assistenziali [...]; b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza” (art. 1 Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299)

Nonostante traspaia un approccio fortemente biomedico in ambito sanitario, qualche spiraglio di integrazione con l'ambito dei servizi sociali sembrava aprirsi con l'approvazione della legge 328 del 2000, la *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* che prevede la costruzione di una rete in costante comunicazione e scambio tra servizi territoriali, compresi quelli sanitari. L'idea di base era la realizzazione di un sistema integrato di interventi politici

¹¹¹ Costa G., *Diseguaglianze nella salute Nord-Sud Italia*, in “Salute Internazionale”, 2011, <http://www.saluteinternazionale.info/2011/11/diseguaglianze-nella-salute-nord-sud-in-italia/>

¹¹² Sul tema del disciplinamento della libera professione intramuraria, o intramoenia, è poi stata prodotta una normativa specifica aggiornata con il decreto legge 158 del 2012.

e sociali (Integrazione socio-sanitaria - ISS), che inneschi innovazioni profonde nei modelli organizzativi e sociali con il coinvolgimento degli attori non istituzionali presenti nei territori sulla base di un principio di sussidiarietà sia verticale (Stato, Regioni, Province e Comuni) che orizzontale (tra enti pubblici e soggetti privati) e dotato dello strumento del Piano di zona -spesso riferito a territori corrispondenti ai distretti sanitari- che permettesse la definizione di obiettivi e strategie, organizzazione dei servizi e strutturazione delle reti territoriali in un'ottica di governance (Kazepov e Carbone, 2018: p. 71).

Questa legge, immaginata tenendo conto del rapporto tra i diversi livelli amministrativi esistente all'epoca, ha dovuto fare i conti con la riforma costituzionale del Titolo V che ha definito una differente distribuzione dei poteri dando alle Regioni competenza esclusiva sulle politiche sociali:

“Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: [...] m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: [...] tutela e sicurezza del lavoro, tutela della salute [...] Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato (art. 117)” (Legge di riforma costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3)

Aggiungono inoltre Kazepov e Carbone a proposito della legge 328 del 2000:

“Una legge di simile portata [...] mette in campo una molteplicità di indicazioni e linee di cambiamento la cui traduzione pratica dipende da un insieme complesso di fattori: la volontà e la possibilità di coordinamento tra i diversi attori pubblici, le risorse finanziarie disponibili e la reale capacità organizzativa degli enti locali [...] Gli elementi persistenti nel welfare state italiano quali la categorialità e il particolarismo, l'assistenzialismo e l'uso di benefici di welfare a scopo consensuale, le distorsioni clientelari e la persistenza di forti squilibri territoriali (Ranci, 2004) hanno reso la totale attuazione di questa legge ancora più difficile, aumentando la frammentazione territoriale del welfare italiano (Kazepov Barberis, 2013)” (Kazepov e Carbone, 2018)

Emerge dunque anche da queste parole come l'intero sistema assistenziale, compreso quello sanitario, sia fortemente connotato da limiti strutturali a cui si è andata sommando un'impostazione orientata, come visto in precedenza, da logiche neoliberiste. Uno sguardo particolare sulla situazione della sanità italiana degli ultimi anni lo si ritrova in un interessante report del 2015¹¹³ in cui vengono ripresi

¹¹³ Gerlis N., Healthcare Reform in Italy and Spain. Do these ax-financed, decentralised systems facilitate better reform implementations than in the NHS?, Civitas: Institute for the Study of Civil Society, Londra novembre 2015

i dati relativi agli effetti della crisi economica sul sistema sanitario italiano evidenziando come “L’impatto più significativo della crisi finanziaria [sia] stato accelerare le riforme che erano già in corso” (Gerlis, 2015) a partire dall’accordo del 2014, il Patto per la Salute, che subordinava il finanziamento annuale alle regioni per gli anni successivi ad un aumento dell’efficienza¹¹⁴. “La capacità dell’Italia di fornire servizi di cura ad accesso gratuito è stato ridotta data l’espansione dell’uso dei ticket sanitari a seguito della crisi finanziaria. Questi includevano i ticket su farmaci, cure ambulatoriali, ma anche visite specialistiche” (Gerlis, 2015) a cui si sommano delle quote ticket aggiuntive che era previsto potessero essere introdotte, come si vedrà poi nel caso campano, dalle Regioni incidendo ancora una volta sull’aumento della disomogeneità territoriale e sulle conseguenze della stessa¹¹⁵.

E il quadro prospettato per il prossimo futuro appare di grande difficoltà, soprattutto per quanto riguarda la medicina generale: “Se l’Italia è seconda solo alla Germania per il numero di medici, nell’area della medicina di base si colloca nella fascia bassa della classifica. Mentre la Germania ne conta 167,4 ogni centomila abitanti, in Italia ce ne sono 88,9, pari quindi alla metà”¹¹⁶. Nello stesso articolo il giornalista, peraltro utilizzando emblematicamente per il SSN la metafora del paziente malato a cui vengono somministrate medicine, la stessa utilizzata dall’allora Ministra Lorenzin, segnala due aspetti utili ad avere una lettura complessiva dell’attuale stato del sistema sanitario per quanto riguarda l’impostazione che ha assunto post riforme e austerità. Da un lato viene sottolineato il fatto che l’intramoenia, introdotta nel 1998, abbia generato in questi anni “una forte disparità nell’erogazione della cura su base censuaria, oltre che dilatare i tempi di accesso alle visite specialistiche per chi non vi fa ricorso”¹¹⁷. Questo, se dal punto di vista della spesa familiare per i ticket ha significato un’uscita di 1,40 miliardi di euro nel 2015, la spesa nello stesso periodo per l’intramoenia è stata di 1,11 miliardi di euro di cui però solo 150 milioni sono arrivati alle casse pubbliche e anche sotto questo punto di vista, la situazione tra le Regioni è all’insegna della disomogeneità¹¹⁸. L’altro passaggio importante ai fini di questa ricerca è relativo ai LEA perché nello stralcio di intervista al presidente dell’Ente previdenziale dell’Ordine dei Medici (Enpam), Oliveti, emerge una impostazione del discorso piuttosto emblematica:

¹¹⁴ In particolare veniva richiesta una riduzione del tasso di ospedalizzazione, lo sviluppo di servizi di cure primarie integrati, riorganizzazione ospedaliera, tariffe per le visite specialistiche in linea con l’inflazione e miglioramento della gestione elettronica dei dati sanitari (Gerlis 2015).

¹¹⁵ Ulteriori indicazioni relativamente alle politiche intraprese in ambito sanitario si possono trovare in Cartabellotta A., *Sanità pubblica e tagli. Cronaca di una morte annunciata*, in “Huffington Post”, 22.09.2015 aggiornato al 22.09.2016.

¹¹⁶ Diffidenti E., *Eurispes-Enpam: ci sono precariato e inefficienze ma il Ssn non è al collasso*, in “Il Sole 24 ore - Sanità 24”, 18 dicembre 2017 <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2017-12-18/eurispes-enpam-ci-sono-precariato-e-inefficienze-ma-ssn-non-e-collasso-143753.php?uuid=AEaZg7TD>

¹¹⁷ Diffidenti E., *Eurispes-Enpam. Ci sono precariato e inefficienze ma ssn non è al collasso*, op. cit.

¹¹⁸ *Ibid.*

“Considerate le tendenze economico-finanziarie, gli andamenti demografici di denatalità e invecchiamento, l'evoluzione tecnologica e la digitalizzazione [...] la strada da percorrere per garantire la sostenibilità di un Ssn pubblico sarà quella di selezionare i livelli essenziali di assistenza possibili, quelli cioè che potranno essere garantiti a tutti su tutto il territorio nazionale”¹¹⁹

Si tratterebbe dunque di rovesciare l'ordine del discorso relativo ai Livelli Essenziali di Assistenza individuandoli non più a partire dai bisogni delle popolazioni, ma dalla possibilità -economica e finanziaria- del Servizio Sanitario di farvi fronte. Come sta accadendo in altri ambiti, si pensi ad esempio a quello accademico e all'introduzione dei meccanismi di valutazione attuali oppure, tornando in ambito sanitario, ai criteri di finanziamento delle strutture pubbliche, ciò che emerge è una progressiva tendenza a perdere di vista i bisogni e gli scopi per cui il servizio sanitario (o quello dell'istruzione) sono stati istituiti nell'ottica di un generale miglioramento delle condizioni di vita, per inseguire il raggiungimento di alcuni obiettivi. Un esempio emblematico è quanto sta accadendo in diverse aree italiane con i servizi ginecologici decentrati per cui con l'introduzione di tagli selettivi sulla base di criteri quantitativi, tutti i Centri nascita in cui si contano meno di 500 parti in un anno dovranno essere chiusi¹²⁰. Se questo in un contesto cittadino può essere una situazione risolvibile, almeno dal punto di vista dell'utente perché il surplus di richieste viene poi scaricato sui lavoratori dei centri che invece restano aperti, nei contesti rurali o comunque periferici, le distanze da percorrere per raggiungere il “nuovo” Centro più vicino possono implicare complicazioni anche gravi, senza contare le ricadute in termini di presidio e ruolo della prevenzione oltre che della cura.

Proprio a causa delle grandi differenze geografiche¹²¹ e delle competenze regionali che ciascun ente amministra secondo le proprie prerogative, è necessario soffermarsi brevemente sulla situazione del sistema sanitario in Campania. Il lavoro di ricerca, concentrato sui quartieri centrali della città di Napoli, avrà cura di riportare poi lo sguardo degli intervistati sull'andamento del servizio sanitario pubblico con cui interagiscono, ma è necessario riferire qui almeno i tratti salienti che caratterizzano la sanità campana degli ultimi anni.

¹¹⁹ Si fa riferimento alle parole di Olivetti riportate da Diffidenti nell'articolo citato.

¹²⁰ Rep. Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 - Linea 1 dell'Accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

¹²¹ Si noti come anche prima della modifica al titolo V della Costituzione e dunque dell'attribuzione alle Regioni di competenze primarie in ambito sanitario, la scelta adottata di promulgare leggi quadro lasciando alle Regioni di renderle operative avesse creato forti differenziazioni come è stato, tra gli altri, il caso della legge 405 del 1975 di istituzione dei consultori familiari.

L'applicazione dell'Integrazione socio-sanitaria è stata avviata in Campania attraverso la definizione di linee guida regionali nel 2003 ed inizialmente la collaborazione tra enti locali e Asl è sembrata procedere bene, ma solo tre anni dopo "l'integrazione è stata ridotta a mera questione economica, a un'impropria disputa per la compartecipazione della spesa, che è partita dai due assessorati regionali e si è estesa fino ai livelli gestionali di Asl e comuni, soprattutto a Napoli, con contenziosi che hanno fatto regredire le esperienze di integrazione raggiunte dagli operatori sanitari, sociali e del terzo settore" (Cirillo, 2016: p. 317).

Se poi si guarda alla Asl Napoli 1, quella in cui ricadono il centro storico ed alcuni quartieri confinanti, essa è stata amministrata da quattro commissari straordinari avvicendatisi tra il 2009 e il 2012 e dunque ha dovuto confrontarsi con l'impossibilità di definire una programmazione a medio termine efficace e integrata con gli altri servizi presenti sul territorio. Lo stesso comune di Napoli, in difficoltà economiche poi aggravate ulteriormente dai tagli nazionali alle politiche sociali, non ha avuto "una visione strategica per impedire la completa desertificazione dell'azione sociale." (Cirillo, 2016)

Una fotografia dello stato di salute dei napoletani emerge dal contributo dell'epidemiologo Russo Krauss¹²², per molti anni direttore del settore educazione sanitaria per conto della Asl Napoli 1, nel volume collettaneo del 2016 *Lo stato della città*¹²³. Senza riportare qui in dettaglio i dati statistici che evidenziano in modo emblematico lo scarto nei livelli di salute dei napoletani rispetto al resto della popolazione italiana¹²⁴, ciò che emerge dalle parole dell'autore è che il divario tra la media italiana e gli abitanti di Napoli¹²⁵, e del sud Italia in generale, era un dato presente già nel 1861, "Lo scarto è andato però riducendosi e si è quasi annullato negli anni Settanta del secolo scorso, per poi divaricarsi nuovamente. Questo andamento (ci riferiamo in particolare alla speranza di vita alla nascita, che è uno degli indicatori globali di salute più usati) segue abbastanza l'andamento delle condizioni economiche [...] e, dal 1900 al 1970, anche quelle dell'istruzione" (Russo Krauss, 2016: p. 314). Ritorna dunque al centro del problema il tema delle disuguaglianze sociali e degli effetti che hanno

¹²² Oltre ai suoi contributi scritti a cui si fa riferimento nel testo, il dottor Russo Krauss è stato intervistato ai fini di questa ricerca come osservatore privilegiato.

¹²³ Rossomando L. (a cura di), *Lo stato della città. Napoli e la sua area metropolitana*, ed. Monitor, Napoli, 2016

¹²⁴ Ad esempio Russo Krauss riporta che "I napoletani hanno un'aspettativa di vita alla nascita di 77,9 anni per i maschi e 82,1 per le femmine [cfr. Tabella 1 nel testo originario], valori di quasi 2 anni e mezzo inferiori rispetto alla media degli italiani [...] L'aspettativa di vita in buona salute in Campania è di 65,5 anni per i maschi e 54,9 per le donne, sensibilmente più bassa che al nord e centro Italia (4,8 anni in meno per i maschi rispetto a quelli del nord Italia) e analoga al resto del sud Italia." (Russo Krauss, 2016: p. 308).

¹²⁵ Questa dicitura dev'essere però completata con una specifica sul fatto che non si può fare riferimento ai napoletani come ad una popolazione omogenea: "Considerare i napoletani come una popolazione omogenea è un grave errore; se osserviamo i tassi di mortalità nei vari distretti sanitari di Napoli, balza agli occhi che nei quartieri ricchi si muore di meno e in quelli poveri molto di più." (Russo Krauss, 2016)

sulla salute nella sua accezione più ampia di benessere. Per provare a spiegare questa maggiore differenza nelle aspettative di vita, l'autore scrive:

“Probabilmente la differenza nelle condizioni di salute tra nord e sud è data soprattutto dalla diversa composizione sociale: da noi i poveri (poveri assoluti), le persone di basso reddito (poveri relativi), le persone senza licenza media inferiore, superiore e laurea sono molte di più che al nord [cit. ISTAT 2015]” (Russo Krauss, 2016)

Le politiche locali degli ultimi anni sono state fortemente influenzate dal fatto che la riduzione della spesa pubblica per la sanità ha implicato un abbandono del territorio¹²⁶, con una perdita significativa di servizi o di possibilità di accesso, arrivando a non poter garantire il raggiungimento dei Lea:

“Allora potremmo dire che dietro il fumo della razionalizzazione e del pareggio di bilancio ci sia stato un abbandono del pubblico, una privatizzazione strisciante, un progressivo impoverimento dei servizi alle fasce deboli, una miope e semplicistica riduzione delle risorse per la sanità pubblica. Il paradosso della Campania poi è che da oltre quindici anni gli enunciati delle leggi regionali e delle diverse linee guida sono andati spesso nella giusta direzione, ma non sono mai stati realizzati” (Cirillo, 2016, p. 317).

Rimane dunque aperta, e sempre più urgente, la necessità di individuare quali possano essere le soluzioni per intervenire su un sistema sanitario pubblico in difficoltà, carente e mal finanziato per renderlo funzionale alle necessità del territorio ed invertendo la tendenza in atto negli ultimi decenni. Ma resta altrettanto necessaria la strutturazione di politiche che agiscano sugli altri fattori costitutivi della salute a partire da azioni volte all'eliminazione delle disuguaglianze sociali:

“Il problema quindi non è solo il pareggio di bilancio, ma piuttosto la definizione del modo in cui si vuole intervenire sullo stato di salute delle regioni meridionali, uscendo dalla settorializzazione e medicalizzazione dei bisogni di salute e delle problematiche sociali e ambientali, per una visione multidimensionale e democratica della salute come bene comune e non merce.” (Cirillo, 2016: p. 322)

¹²⁶ Scrive Cirillo “la riduzione delle risorse è stata diseguale tra pubblico e privato, garantendo ai grandi gruppi di interesse gli introiti di sempre, e anche più grandi, indipendentemente dall'appropriatezza degli esami diagnostici, delle risonanze magnetiche, ecc.” (Cirillo, 2016: p. 316).

2.3 – Il sistema sanitario spagnolo e catalano

Anche nel caso spagnolo si riscontra un esplicito riferimento al diritto alla salute nella Carta costituzionale che, in Spagna, è entrata in vigore nel 1978 quando alla fine del regime franchista fece seguito l'instaurazione di un regime democratico. Nell'articolo 43¹²⁷ il riconoscimento del diritto alla protezione della salute viene affiancato dall'attribuzione ai poteri pubblici delle competenze di organizzazione e tutela della salute pubblica, anche con modalità preventive (comma 2), e di sviluppo dell'educazione sanitaria e sportiva, agevolando inoltre l'utilizzo del tempo libero (comma 3). A differenza di quanto accade nella Costituzione italiana, in quella spagnola il riferimento al diritto alla salute e alla sua tutela emerge esplicitamente in diversi articoli e dunque al 43 si aggiunge quanto definito all'articolo 49: "I poteri pubblici realizzeranno una politica di prevenzione, cura, riabilitazione e integrazione per i minorati fisici, sensoriali e psichici, offrendo loro la necessaria assistenza specializzata e li proteggeranno specialmente al fine del godimento dei diritti fissati in questo titolo per tutti i cittadini."

Un ulteriore richiamo al tema della salute viene fatto relativamente alla garanzia dell'autonomia economica dei cittadini più anziani nell'articolo 50 e dei consumatori e utenti nell'articolo 51. Nel primo caso, oltre a indicare l'attribuzione di una pensione, la carta costituzionale precisa: "[...] indipendentemente dagli obblighi famigliari, promuoveranno il loro benessere attraverso un sistema di servizi sociali che affronteranno i loro problemi specifici di salute, abitazione, cultura e tempo libero." (art. 50) nell'articolo successivo invece viene attribuito al potere pubblico il compito di garantire sicurezza salute e legittimi interessi economici di consumatori e utenti per mezzo di provvedimenti efficaci (art. 51).

Nel clima politico in cui fu scritto il testo costituzionale, provando a smarcarsi dalla forte spinta nazionalista del regime appena terminato, i legislatori scelsero di non dare un'indicazione specifica per quanto riguardava la suddivisione amministrativa del territorio o il numero di Comunità Autonome, ma al Capo Terzo vengono indicate le norme fondamentali relative a questo tema e che, ai fini di questa ricerca, permettono di collocare correttamente la suddivisione di competenze e l'attribuzione di poteri tra governi centrali e governi autonomi. All'articolo 143 è scritto: "Nell'esercizio del diritto alla autonomia riconosciuto nell'articolo 2 della Costituzione, le province limitrofe dotate di comuni caratteristiche storiche, culturali ed economiche, i territori insulari e le province costituenti entità regionali storiche, potranno accedere all'autogoverno e costituirsi in

¹²⁷ Le traduzioni degli articoli riportati e delle citazioni sono di chi scrive.

Comunità Autonome in base a quanto previsto in questo Titolo e nei rispettivi Statuti.” (Costituzione spagnola 1978)

Inoltre, nella divisione delle competenze tra organi nazionali e Comunità, è stata sancita la competenza esclusiva dello Stato, per le materie che interessano questo lavoro, sulla “sanità estera, i fondamenti e coordinamento generale della sanità, la legislazione sui prodotti farmaceutici” (art. 149.17), mentre ciascuna Comunità può avere competenze su “assistenza sociale (comma 21); Sanità e igiene (comma 22)” (art. 148). Se consideriamo però il rilievo degli aspetti non sanitari ai fini del raggiungimento del benessere delle popolazioni, è da evidenziare come tra le competenze che le Comunità possono assumere ci sono molti settori di intervento riconosciuti tra i principali determinanti di salute: dall’urbanistica (c. 4), alle opere pubbliche (c. 5), dall’agricoltura e l’allevamento (c. 8) alla tutela ambientale (c. 10) e al supporto alla cultura e alla ricerca (c. 18)¹²⁸.

Se per l’Italia fu la fine della Seconda Guerra Mondiale e la fine del regime fascista a dare avvio alla definizione delle istituzioni democratiche, per la Spagna furono gli anni seguiti alla fine del franchismo l’occasione per avviare un processo di rinnovamento strutturale nel settore pubblico. Nel 1977 viene costituito il Ministero della sanità e sicurezza sociale (oggi Ministero della sanità, servizi sociali e uguaglianza) e nell’anno successivo venne attivato l’Istituto nazionale di salute (INSALUD) con il compito di gestire l’assistenza sanitaria, ma destinato fin dal suo esordio a scomparire, cosa che accadrà definitivamente nel 2001, a favore della nascita di Servizi comunitari. Dunque, anche per la sanità spagnola il 1978 fu un momento di svolta, si pensi ad esempio all’introduzione in quello stesso anno della specializzazione universitaria in Medicina familiare e comunitaria¹²⁹, e fin dall’inizio si avviò un dibattito sulla gestione della salute pubblica e sul ruolo della medicina che ebbe ricadute pratiche nella definizione di alcuni servizi regionali¹³⁰. A proposito di queste riflessioni, si richiama qui un resoconto del X Congresso di medici e biologi di lingua catalana¹³¹ che si tenne a Perpignan nel 1976 e riportato nella rivista *Triunfo*:

“Il secondo contributo [al convegno], coordinato dai dottori Oriol Casassas e Jordi Gol, affrontò il tema decisivo della funzione sociale della medicina [...] Il problema della salute, l’attuale

¹²⁸ Si sottolinea qui che la formulazione utilizzata “può avere competenze” ha implicato un percorso di assunzione di attività nei vari ambiti non omogeneo in tutto il territorio nazionale e che, come si vedrà nelle prossime pagine, si è sviluppato nell’arco di quasi venticinque anni.

¹²⁹ Come si vedrà nel paragrafo 2.5 l’utilizzo di Medicina comunitaria in America Latina è differente dall’uso che ne viene fatto in Europa: “questa denominazione si impiega in Europa e Canada per individuare dipartimenti di medicina preventiva e sociale, senza alcuna connotazione di azione assistenziale in comunità (Almeida Filho e Paim, 2010).

¹³⁰ È emerso nel corso di un’intervista, ad esempio, che i servizi catalani relativi alla psichiatria hanno preso le mosse da alcuni servizi non ufficiali avviati subito dopo la fine del regime.

¹³¹ Il tema delle lingue delle comunità autonome è fortemente sentito a causa dell’imposizione da parte di Franco del divieto di insegnare ed utilizzare altre lingue che non fossero lo spagnolo castigliano in un’ottica nazionalista e anti-autonomista.

situazione della struttura sanitaria e le prospettive per il futuro furono, senza dubbio, i temi più interessanti e polemici trattati nel congresso. In questo senso, il Congresso di medici e biologi di lingua catalana è servito come contesto per l'inizio di un dibattito pubblico sulle differenti alternative politiche alla situazione in cui si trova l'assistenza sanitaria catalana attuale. Alternative politiche che oggi coincidono nella lotta per la rottura democratica che restituisca la sovranità al popolo, nella necessità di istituzioni catalane e democratiche [...]"¹³²

Il tema tanto discusso del rapporto tra medicina e società riemerge dunque anche in Spagna e in questo caso l'apertura di una riflessione sul ruolo sociale del medico coincide con il momento in cui si sta revisionando integralmente la struttura delle istituzioni pubbliche. La possibilità che si apre è dunque quella di fondare un sistema sanitario realmente orientato alle necessità della collettività e capace di tener conto fin da subito della necessità di intervenire anche a livello di diseguaglianze sociali così come nel 1978 veniva rilanciato anche dalla già presentata Dichiarazione di Alma Ata.

Solo pochi anni dopo, nel 1984, attraverso un Regio Decreto vennero costituite delle strutture sanitarie di base pensate per eliminare la divisione tra attività preventive e assistenziali gettando le fondamenta del sistema sanitario pubblico che verrà inaugurato definitivamente due anni dopo. Proprio la Legge generale di sanità (*Ley general de sanidad*, n. 14 del 25 aprile 1986) fungerà da legge quadro per le formulazioni che saranno sviluppate negli anni seguenti all'interno delle Comunità autonome alla cui base ci sarà il finanziamento pubblico e i principi di universalità e gratuità. Ad ogni modo con questa legge viene articolato un sistema basato sulle Aree di salute, ciascuna legata ad un ospedale e con un bacino di utenza di 200-250 mila abitanti. Queste Aree sono a loro volta suddivise in "Zonas básicas de salud", aree in cui operano i Centri di assistenza primaria, i CAP. Questi Centri sono caratterizzati "da un'elevata accessibilità: sono distanti da qualsiasi residenza al massimo 15 minuti, sono operativi 24 ore su 24, con un primo soccorso ambulatoriale, e non è richiesto ai cittadini il pagamento di alcun ticket, fatta eccezione per i farmaci. Nei CAP lavorano équipe multidisciplinari costituite da medici di medicina generale, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti"¹³³. I CAP si occupano anche delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza e salute della donna, di assistenza al paziente terminale e della salute del cavo orale. La popolazione di riferimento di ogni CAP è di circa 30.000 abitanti. Tutti i membri del team

¹³² Senent-Josa J., *El X Congreso de medicos y biologos de lengua catalana*, in "Triunfo", anno XXXI, n. 717, 23 ottobre 1976, p. 46 in https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/66133/1/RTXXXI~N717~P46_1.pdf

¹³³ Secondo quanto previsto dal sistema sanitario spagnolo, i medici di medicina generale (*medicos de carretera*) sono dipendenti pubblici. Come si vedrà successivamente, il sistema catalano prevedere però anche la possibilità che si costituiscano dei trust di operatori sanitari che operano in regime convenzionato, ma come soci di cooperativa o altro, ma non direttamente stipendiati dal sistema sanitario.

multidisciplinare sono dipendenti dello Stato – ad eccezione della Catalogna, dove una piccola percentuale di CAP sono privati – e ricevono un salario fisso a cui si aggiunge una quota capitaria variabile (pari a circa il 15% del totale), che tiene conto della natura della popolazione, della sua densità e della percentuale di soggetti di età superiore ai 65 anni” (Brambilla e Maciocco, 2016: p. 48).

La tendenza neoliberista già riscontrata per quanto riguarda il caso italiano volta ad orientare la sanità in direzione di un approccio imprenditoriale nei modelli gestionali oltre che verso forme di privatizzazione, arriva in Spagna con il cosiddetto “Informe Abril” del 1991¹³⁴. Questo rapporto, redatto da una commissione presieduta da Fernando Abril Martorell, aveva come obiettivo l’analisi e la valutazione del sistema sanitario e la proposta di misure da attuare per affrontare la situazione:

“La sanità spagnola era convulsa, l’insoddisfazione dell’utenza arrivava al 77 per cento, la sindacalizzazione affogava qualunque riforma per piccola che fosse, le liste di attesa facevano collassare la pazienza di migliaia di persone, l’assistenza sanitaria, insomma, non funzionava. Per questo, il governo di Felipe González confidò nell’esperienza di Fernando Abril Martorell [...] Gli obiettivi proposti per quanto riguarda il Sistema Nazionale di Salute furono chiari: migliorare la gestione delle risorse umane e tecniche, assicurare un’assistenza sanitaria di qualità e contenere, o ridurre, la spesa sanitaria.”¹³⁵

Queste analisi e proposte, non accolte in un primo momento, sembrano aver avuto effetti indiretti sulle politiche sanitarie degli anni successivi¹³⁶, o meglio, alla luce dei passaggi successivi possono essere considerate il preludio di una tendenza generale. Una delle cause dell’affossamento delle raccomandazioni contenute nel rapporto fu la polemica pubblica innescata dalla presentazione di tre di esse: il pagamento da parte dei pensionati del 40 per cento dei farmaci con ricetta, la limitazione dell’accesso alle prestazioni sanitarie di base e l’aumento della partecipazione dei pazienti ai costi¹³⁷. Provando a volgere lo sguardo alla situazione italiana, sembrerebbe emergere un parallelismo con quanto avvenuto con l’introduzione dei LEA e con l’aumento dei ticket sanitari. Senza entrare nel merito dell’intero rapporto, si richiama qui un passaggio dell’intervento del Gruppo Socialista, per voce della Deputata Blanca García Manzanares, pronunciato nel corso del dibattito della commissione

¹³⁴ Per il testo integrale del report si veda http://www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF

¹³⁵ Tratto da https://www.abc.es/hemeroteca/historico-22-11-2003/abc/Sociedad/informe-abril-martorell-la-reforma-sanitaria-que-llego-doce-a%C3%B1os-despues_221968.html#

¹³⁶ Maggiori dettagli si ritrovano nell’articolo *El gobierno retoma el espíritu del informe Abril catorce años después de su elaboración*, in “ABC.es” nell’agosto 2004 https://www.abc.es/hemeroteca/historico-17-08-2004/abc/Sociedad/el-gobierno-retoma-el-espiritu-del-informe-abril-catorce-a%C3%B1os-despues-de-su-elaboracion_9623135334890.html

¹³⁷ *Ibid.*

parlamentare che esaminava l'Informe Abril che chiarisce come fosse già in atto una tendenza verso una gestione non più esclusivamente pubblica della sanità anche nei settori socialdemocratici:

“[...] per i socialisti, la società spagnola deve essere di responsabilità pubblica. Difendiamo con fermezza, quindi, questa responsabilità, al tempo stesso siamo flessibili sugli strumenti che dovranno essere quelli che permettono un funzionamento migliore, una maggiore autonomia di gestione, una decentralizzazione, eccetera, decisi tra tutti e con un ampio consenso. Si tratta di superare, signori, la contrapposizione pubblico-privato e serenamente, così come riconosce la Legge di Sanità, dare alle risorse private il carattere di complementarietà con gli strumenti di omologazione, controllo, ispezione, eccetera, che sono necessari per permettere un'assistenza di qualità, a parità di condizioni, a tutti i cittadini.”¹³⁸

A questo proposito è stata recentemente sollevata un'ipotesi interpretativa che delinea una sostanziale continuità tra le politiche messe in atto dai governi socialdemocratici e conservatori a livello italiano, ma anche europeo:

“I governi della sinistra [...] daranno vita [a partire dagli anni Novanta...] ad una serie di riforme sociali che, in seguito, la destra conservatrice dovrà solo gestire. Le gesta della Terza via blairiana, che in realtà ha rappresentato l'adesione completa del laburismo al liberismo, sono ampiamente note [e ...] si dovrà prima o poi fare i conti con questa uniformità delle politiche europee dell'ultimo quarto di secolo e della decisione di quasi tutta la sinistra politica di aderirvi.” (Cannavò, 2018: pp. 22-23).

Alla luce delle parole della deputata del PSOE, pare possa essere confermata anche in ambito spagnolo la disponibilità al superamento “della contrapposizione pubblico-privato” che pare confermare la convergenza su modalità di gestione dei servizi alla popolazione di stampo neoliberista. Il successivo passaggio normativo nazionale è avvenuto nel 2003 con la Legge 16 del 28 maggio, di coesione e qualità del Sistema Nazionale di Salute¹³⁹. Con questo provvedimento si sancisce che ciascuna delle 17 Comunità autonome spagnole ha assunto la competenza in materia di salute così come previsto dalla Costituzione e portato a termine il processo di suddivisione dell'INSALUD a favore degli Istituti comunitari. Gli scopi di questa legge sono soprattutto agevolare la modernizzazione e garantire la coesione tra servizi sanitari diversi che tuteli un'attenzione di base

¹³⁸ La presente citazione riprende uno stralcio della trascrizione del dibattito avvenuto nella commissione Politica sociale e occupazionale in merito al rapporto in questione. Ci si riferisce in particolare all'intervento di García Manzanares. Per la trascrizione completa si veda http://www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF p. 8702

¹³⁹ Per il testo integrale si veda <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

comune in tutto lo Stato (Bohígas, 2003). Con essa viene istituita anche l'Agenzia spagnola della medicina e dei prodotti sanitari nella gestione della quale vengono coinvolte anche le Comunità; viene riconosciuto il principio che la ricerca e l'innovazione scientifica di base sono essenziali per lo sviluppo dei servizi sanitari e per l'effettiva protezione della salute; viene posta al contempo l'attenzione sulla partecipazione sociale definendo i canali attraverso cui può essere agita (Sánchez Fernández, 2007).

Un ultimo passaggio normativo è avvenuto nell'aprile del 2012 quando il Decreto Legge Reale numero 16¹⁴⁰, ha introdotto le cosiddette misure di austerità volte a ridurre la spesa sanitaria spagnola. Vista la struttura del sistema sanitario, queste indicazioni ebbero valore a livello nazionale e altre misure avrebbero potuto essere prese a livello di Comunità autonome. Gli ambiti in cui sono stati presi provvedimenti sono stati principalmente tre: introduzione di contributi da parte degli utenti, ridefinizione del volume e della qualità dei servizi offerti e riduzione dei costi relativi a salari e condizioni di lavoro degli operatori del settore. Per quanto riguarda le norme relative ai ticket sanitari¹⁴¹ (*co-pago*) a livello statale vennero modificate le percentuali di contribuzione introducendo il pagamento del 10% per i pensionati e una percentuale tra il 40 e il 60% per gli attivi sulla base del reddito fino al raggiungimento di una soglia massima. In Catalogna e nei Paesi Baschi vennero però applicate delle dilazioni temporali per l'introduzione di queste norme e anche relativamente al raggiungimento della soglia, il Decreto prevedeva il rimborso a posteriori, mentre alcune regioni, tra cui la Catalogna, hanno preferito applicare la sospensione del pagamento. Altra misura introdotta fu il pagamento di un euro per ciascuna ricetta che, evidentemente, avrebbe implicato un'incidenza maggiore per persone con patologie croniche o con problemi di salute più complessi.

Sono state inoltre ridefinite le categorie dei servizi offerti suddividendole in tre *portfolio* distinti le tipologie di servizio: di base, supplementari, ancillari (Gallo e Gené-Badia, 2013: p. 2), ma a questo si aggiunge una norma, poi parzialmente modificata, volta a modificare l'impostazione universalistica del sistema sanitario così com'era fin dalla sua definizione escludendo dai titolari del diritto ad accedere al sistema gli immigrati irregolari e i giovani oltre i 26 anni che non fossero mai entrati nel mercato del lavoro¹⁴². Un ulteriore provvedimento previsto dal RDL 16/2012 è quello relativo al taglio degli stipendi dei lavoratori del settore che è consistito a livello nazionale nella riduzione del 7,1% (l'equivalente di un mese di lavoro) accompagnato ad un peggioramento delle condizioni di

¹⁴⁰ Questa dicitura (Real Decreto Ley, in lingua originale) fa riferimento ad un istituto giuridico spagnolo che viene utilizzato come risorsa di emergenza perché non prevede un passaggio parlamentare preventivo.

¹⁴¹ Si richiamano qui solo alcuni aspetti più significativi delle misure introdotte, per una più specifica descrizione si rimanda al testo del decreto RDL 16/2012 ed al commento puntuale pubblicato nel 2013 da Gallo e Gené-Badia sulla rivista Health Policy, 113, pp. 1-7.

¹⁴² A questo proposito si ricorda qui la mobilitazione messa in atto da più di 1300 operatori sanitari che si dichiararono obiettori di coscienza rispetto a queste norme e che presero posizione netta rispetto al fatto che loro non avrebbero escluso gli immigrati irregolari dall'accesso alle cure di base (Gallo e Gené-Badia, 2013).

lavoro con la perdita di ore per attività sindacali, ferie e l'aumento delle ore lavorative da 35 a 37,5 settimanali per alcune figure professionali.

Ciò che molti analisti riscontrano, al di là degli aspetti specifici su cui concentrano la propria analisi, è che l'introduzione di queste misure ha portato ad un peggioramento significativo delle condizioni soprattutto per quanto riguarda la parte più povera della popolazione (Gallo e Gené-Badia, 2013; Urbanos e Puig-Junoy, 2014).

Come previsto, ogni Comunità autonoma si è dotata nel corso degli anni di Istituti di salute propri e, per quanto concerne questa ricerca, si proverà ad approfondire quanto accaduto nella Generalitat di Catalogna con un'attenzione specifica alle vicende che hanno contraddistinto le strutture sanitarie della città di Barcellona ricordando due elementi non secondari in quel territorio e cioè il fatto che la Catalogna è storicamente una delle regioni più ricche di tutta la Spagna¹⁴³ e che, fin dai primi anni del Novecento, ha avuto una forte spinta indipendentista¹⁴⁴.

Per quanto concerne la nascita e sviluppo della sanità catalana, questa Comunità fu tra le prime a dotarsi di un progetto regionale in ambito sanitario, ma fu a partire dal 1990, con l'approvazione della Legge sulla gestione della salute (Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña – LOSC), che viene istituito il Servizio catalano di salute (CatSalut). Il percorso della sanità barcellonese seguirà poi un andamento specifico dettato dal fatto che in una regione che conta circa sette milioni e mezzo di abitanti¹⁴⁵, un milione e mezzo sono i residenti nel comune di Barcellona, ma se si considera l'area metropolitana, la popolazione arriva a circa 3.240.000 abitanti nel 2012¹⁴⁶, praticamente la metà dell'intera Generalitat. Già nel 1995 ci fu una prima riforma del LOSC che darà al Comune di Barcellona un ruolo qualitativamente distinto rispetto a quello degli altri municipi con un'importanza notevole nel settore sanitario (Guix et al. 2008) Proprio per superare le difficoltà derivanti da questo dualismo tra Regione e Comune furono gettate le basi per avviare il progetto di un'Agenzia di salute pubblica di Barcellona¹⁴⁷. Questa formula consorziale si concretizzerà nel 2002 su spinta, secondo quanto riportato da Guix, di una forte volontà politica da parte di entrambi gli enti di unificare tutte le competenze e le risorse impiegate per la salute nell'ambito della città di Barcellona, promuovendo

¹⁴³ Nel 2016 il PIL pro capite in Catalogna era di 28.590 euro, al quarto posto tra i valori delle Comunità autonome dopo Madrid, i Paesi Baschi e la Navarra. Questo dato permette anche di osservare come, dal punto di vista del Prodotto Interno Lordo pro capite, le differenze tra la regione spagnola più ricca, la Comunità di Madrid (PIL pro capite 32.723 euro) e quella più povera, l'Extremadura, (PIL pro capite 16.369 euro) siano molto marcate. Fonte Instituto Nacional de Estadística, nota de prensa 30 marzo 2017.

¹⁴⁴ Per uno sguardo più specifico alle vicende catalane durante la Guerra Civile, Orwell G., Omaggio alla Catalogna, Mondadori, Milano 2002

¹⁴⁵ Il dato è riferito al 2017, Fonte Instituto Nacional de Estadística.

¹⁴⁶ Idescat, Instituto de estadística de Cataluña.

¹⁴⁷ Il modello catalano è contraddistinto da un sistema misto per cui ai Centri di Cure Primarie pubblici si sono affiancate alcune esperienze private, generalmente in forme cooperative di operatori sanitari. Si veda Serna R., El proceso de privatización en Cataluña. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán, in CSA Madrid, ¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios, Traficantes de sueños, Madrid 2010, pp. 111-128.

anche il cambio operativo attraverso il coinvolgimento dei dipendenti degli enti e valorizzando un approccio processuale¹⁴⁸. Regione e Comune individuano gli scopi di questa nuova Agenzia nella valorizzazione delle necessità di salute della popolazione, nello sviluppo di politiche e azioni di prevenzione e controllo delle malattie, così come di promozione e protezione della salute, nel garantire l'uguaglianza di accesso ai servizi per il miglioramento e mantenimento del proprio stato di salute, nel contribuire allo sviluppo di un contesto ambientale e sociale sostenibile per la salute (Guix et al., 2008: p. 270). Nell'odierna descrizione degli obiettivi strategici e principi dell'Agenzia si trovano menzionate, tra le altre cose "garantire l'accesso della cittadinanza ad un sistema di salute universale, pubblico ed equo; offrire un'attenzione sanitaria di qualità che dia risposta alle necessità della popolazione attraverso nuovi modelli di attenzione e la gestione di servizi assistenziali nel territorio che facilitino l'approccio comunitario, l'integrazione e il continuum, assistenziale; definire e sviluppare il modello di partecipazione della cittadinanza nel sistema di salute e il modello di governo delle istituzioni sanitarie che garantisca la prevalenza dell'interesse pubblico [...]"¹⁴⁹. Con questi intenti si intersecano poi le sfide che il sistema sanitario barcellonese si sta ponendo:

"lotta contro le disuguaglianze in salute della popolazione; nuovi bisogni nell'approccio alle malattie: azione integrata sui bisogni di salute e sociali [...]; aspettative della cittadinanza in relazione all'attenzione sanitaria: aumento della domanda, diritti e doveri, partecipazione alle decisioni [...]"¹⁵⁰.

Come già evidenziato in precedenza per quanto riguardava le prerogative statali nell'ambito della salute, anche nel modello catalano le attività di ricerca hanno assunto una rilevanza significativa con l'idea che siano decisive per rimanere un'organizzazione di punta nel terreno della salute pubblica (Guix et al., 2008)

È in questo quadro che il tema dei determinanti sociali assume centralità nella programmazione sulla salute e si sviluppa un dibattito su come integrare il modello della Salute in tutte le politiche nella programmazione sanitaria spagnola (*Cfr. par. 2.1*). In particolare molta attenzione è stata posta nel rapporto tra salute pubblica, sistema sanitario e cure primarie perché "pensare alla salute pubblica nell'ottica della salute in tutte le politiche richiede cambi sostanziali nell'approccio alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, e richiede di concentrarsi di più sui problemi della vita

¹⁴⁸ A questo scopo vengono costruiti ed applicati strumenti specifici quali, ad esempio, il diagnostico della situazione di partenza, l'autovalutazione, il riconoscimento delle debolezze in ambito comunicativo interno e verso l'esterno (Guix et al., 2008: pp. 270-272).

¹⁴⁹ Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona, <http://catsalut.gencat.cat/es/coneix-catsalut/presentacio/objectius-principis-reptes/>

¹⁵⁰ *Ibid.*

che sono di interesse per le persone della comunità e meno quelli che preoccupano i professionisti della salute pubblica” (Artazcoz et al., 2010: p. 2). Gli autori del testo citato¹⁵¹ danno anche molta rilevanza al fatto che debba essere incluso nelle politiche per la salute il tema della salute comunitaria¹⁵² a partire dalla formazione, nei contratti con i fornitori di servizi e nell’azione intersettoriale “perché non dipenda solo dalla volontà di qualche professionista perché questo genererebbe disuguaglianze” (Artazcoz et al., 2010). Ed è proprio tematizzando questi aspetti che gli autori affermano l’arretratezza della sanità pubblica spagnola nell’incorporazione di questi principi, e che dunque sia necessario un ragionamento complessivo sulle politiche intersettoriali di salute pubblica¹⁵³. Anche in questo caso viene data molta importanza al ruolo della ricerca scientifica in quest’ambito, ma le conclusioni a cui giungono gli autori sono orientate a fornire delle indicazioni di traiettoria:

“Se l’obiettivo della salute pubblica è garantire che le persone vivano in condizioni salutarie, è chiaro che va incorporato il principio di salute in tutte le politiche. Questo richiede un profondo riorientamento delle organizzazioni di salute pubblica, richiede rendere consapevole la cittadinanza e i settori non sanitari sull’importanza delle politiche non sanitarie nella salute, cosa che succede andando oltre le buone intenzioni e va dimostrato. [...] Una sfida che dovremo affrontare sarà considerare la valutazione non come un insieme di strumenti relativamente utili, ma come un processo intimamente relazionato con la credibilità delle politiche di salute pubblica. E presuppone un grande cambio culturale, non esente da difficoltà. Ma nonostante questo, senza dubbio alcuno è un cambio necessario per andare verso l’eccellenza, per garantire la sostenibilità delle politiche di salute e, quindi, per continuare a migliorare il benessere della società” (Artazcoz et al., 2010: pp. 5-6).

Come si vedrà nell’approfondimento dello studio di caso a Barcellona, queste ipotesi teoriche e sperimentazioni in corso in Catalogna e nella sua capitale in particolare, saranno lo sfondo che ha permesso, insieme alla *Legge regionale di miglioramento dei quartieri, aree urbane e città che richiedono un’attenzione particolare* (Llei de barris, 2/2004) di avviare il progetto Salute nei quartieri (Salut als barris, 2005) con il fine di ridurre le disuguaglianze sociali in salute attraverso l’azione comunitaria. Partendo dal presupposto che le disuguaglianze sociali in salute riflettano differenze di

¹⁵¹ L’articolo citato è un contributo di alcuni professionisti che lavorano in varie Comunità spagnole a commento dell’Informe SEPAS, un rapporto biennale della Società spagnola di salute pubblica e amministrazione sanitaria che monitora l’andamento dei servizi sanitari. <http://sepas.es/informes/>

¹⁵² Anche in questo caso, un approfondimento sulla Salute comunitaria verrà fatto nel paragrafo 2.4.

¹⁵³ In riferimento al tema del lavoro, Artazcoz e gli altri autori scrivono che dovrebbe essere compito della salute pubblica ridurre le disuguaglianze nella popolazione lavoratrice, mostrando la prova di una relazione tra salute e modelli di sviluppo economico, politiche del mercato del lavoro e regolamentazione dell’impiego, condizioni di lavoro (Artazcoz et al., 2010: pp. 3-4).

reddito, ricchezza e opportunità a causa della struttura sociale, sono stati promossi dall'Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona, dal Comune e da altri enti ed organizzazioni, diversi progetti su porzioni di territorio cittadino in cui sono state sperimentate metodologie di intervento innovative che coinvolgono l'ambito sanitario, ma intersecano le attività in molti altri settori della vita pubblica cittadina.

2.4 – Movimenti e nuove teorizzazioni

Accanto alle riflessioni istituzionali¹⁵⁴ si sono sviluppate negli ultimi decenni ipotesi teoriche e proposte anche da parte di soggetti della società civile. Non è possibile citare qui tutti gli esempi, se ne presenteranno dunque i principali, ma è importante evidenziare come siano molti quelli nati in piccoli contesti territoriali attraverso progetti specifici¹⁵⁵ così come altri sono stati attivi solo per brevi periodi¹⁵⁶ e diventa dunque complesso comprenderne effetti e limiti, ma possono fornire spunti interessanti e possono essere visti come una cartografia qualificata che fornisce informazioni utili su quanto si sta mobilitando in questi ambiti.

Uno dei gruppi internazionali più attivi sulla Salute globale (v. *infra*) è il People's Health Movement¹⁵⁷. Questo gruppo, nato nei primi anni Duemila è composto da soggetti collettivi e individui provenienti da decine di paesi del mondo tra cui medici e operatori sanitari, attivisti, specialisti in altri ambiti, studenti, cittadini. È nato a partire dello spazio di possibilità apertosi nel 2000 quando, dopo più di un decennio di dibattito, alcune organizzazioni hanno costruito un'assemblea internazionale per la salute dei popoli, anticipata e seguita da molteplici incontri in diverse parti del mondo.

Il risultato pratico fu la stesura della Carta della salute dei popoli, una proposta politica complessiva¹⁵⁸, sorta dalla constatazione che i risultati auspicati dalla Conferenza OMS di Alma Ata,

¹⁵⁴ Come si è accennato per il caso spagnolo e ancora di più per ciò che concerne quello italiano, queste indicazioni fornite a livello internazionale hanno inciso solo parzialmente sulla strutturazione dei sistemi sanitari, molto più condizionati da altri fattori, spesso economici e di opportunità politica. Interessanti sperimentazioni sono però state sviluppate in alcuni Paesi, come ad esempio il Canada che, dopo aver proposto il proprio modello attraverso la Carta di Ottawa, ha mantenuto lo stesso orientamento anche in anni recenti soprattutto grazie a processi di partecipazione della società civile. Per un breve sunto della situazione canadese si veda ad esempio: Epp J., *Achieving health for all. A framework for health promotion*, in *Health Promotion*, Oxford University Press, vol. 1, n. 4 1987 oppure, per gli aggiornamenti relative agli anni più recenti Health Canada (2000). *The Health Canada policy toolkit for public involvement in decision-making*. Ottawa, Health Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_public-consult/2000/decision/index-eng.php, accessed 31 August 2010).

¹⁵⁵ Alcuni esempi sono stati presentati nel corso del già citato convegno "I jornadas internacionales de Antropologia medica y feminismos" svoltosi a Madrid nelle giornate del 26 e 26 aprile 2017 in particolare in riferimento ad alcune esperienze di partecipazione femminile nell'ambito della salute soprattutto in relazione al coinvolgimento delle comunità indigene in El Salvador, Bolivia e Chiapas (Messico). Si vedano anche Quattrocchi P., *Donne, riproduzione e salute comunitaria in un villaggio maya dello Yucatan (Messico)*, in "Zapruder", 11, settembre-dicembre 2006 e Piazza R., *La medicina del più forte. Pratiche e saperi medici nelle politiche coloniali in Mesoamerica*, in "Zapruder", 6, gennaio-aprile 2005.

¹⁵⁶ In questo caso un interessante esempio che verrà poi ripreso nella descrizione delle attività sul campo svolte per lo studio di caso a Barcellona, è quello delle attività relative alla salute promosso all'interno del progetto Aurea Social.

¹⁵⁷ Movimento per la salute dei popoli <https://phmovement.org>

¹⁵⁸ "[La Carta è] espressione delle nostre comuni preoccupazioni, della nostra visione di un mondo migliore e più sano. Costituisce il nostro invito ad un cambiamento radicale. È uno strumento per "l'advocacy", un punto d'incontro dove un movimento mondiale sulla salute può convergere e promuovere il formarsi di coalizioni o network", Carta per la salute dei popoli, 2000. Si evidenzia a tal proposito che in quegli stessi anni si era diffuso in tutto il mondo un movimento di opposizione alle politiche neoliberiste che ha sviluppato analisi condivise e pratiche di opposizione radicale nel corso di molteplici appuntamenti ed in particolare in occasione dei vertici ufficiali dei Paesi del G8 o dei vertici di Banca Mondiale,

riassunti all'epoca dallo slogan "Salute per tutti entro l'anno 2000", non erano stati raggiunti e anzi le disuguaglianze persistevano e si acuivano in molte aree del pianeta. Nell'ottica di ridare forza allo spirito di allora, i quasi 1500 partecipanti all'assemblea, provenienti da 92 paesi, hanno definito la salute come "una questione sociale, economica e politica ma soprattutto un diritto umano fondamentale. Ineguaglianza, povertà, sfruttamento, violenza e ingiustizia sono le radici della mancanza di salute e della morte di gente povera ed emarginata. Salute per tutti significa sfidare interessi potenti, combattere la globalizzazione e cambiare drasticamente le priorità politiche ed economiche."¹⁵⁹

A partire da un'analisi critica della crisi della sanità che mette al centro il ruolo delle politiche economiche e sociali nelle cause di malattia e morte, i firmatari definirono attraverso un lavoro di confronto in più sessioni tematiche i cinque principi della Carta: il raggiungimento del più alto grado possibile di salute e benessere è un diritto umano fondamentale e incondizionato; i principi di equità, partecipazione e intersectorialità di Alma Ata devono essere la base per formulare le politiche sulla salute; la responsabilità di assicurare un accesso universale ai servizi è dei Governi e deve dipendere dai bisogni e non dalle possibilità economiche (individuali e non); la partecipazione dei popoli e delle loro organizzazioni è essenziale per la formulazione delle politiche; la salute è determinata primariamente dai fattori del contesto e dunque dovrebbe essere una priorità nella formulazione delle politiche. A seguito dell'affermazione di queste basi, la Carta prosegue elencando alcune richieste suddivise per ambito¹⁶⁰ introdotte dal titolo "Una chiamata ad agire" e dal riferimento ad un intervento complessivo, su tutti i livelli e in tutti i settori.

Fondo Monetario Internazionale, Organizzazione Mondiale del Commercio (i cosiddetti controvertici, in cui alle manifestazioni di piazza si affiancavano giornate di approfondimento e dibattito teorico).

¹⁵⁹ Carta per la salute dei popoli, 2000.

¹⁶⁰ Salute, un diritto umano - La salute è il riflesso dell'impegno della società per l'equità e la giustizia. Salute e diritti umani dovrebbero prevalere sulle preoccupazioni economiche e politiche; Affrontare le grandi questioni che incidono sulla salute: sfide economiche - L'economia ha una profonda influenza sulla salute dei popoli. [...] I processi di economia mondiale e di liberalizzazione hanno accresciuto le ineguaglianze all'interno e tra le nazioni [...]; sfide politiche e sociali - Politiche sociali di ampio respiro hanno effetti positivi sulla vita della gente e sui mezzi di sostentamento. La globalizzazione economica e la privatizzazione hanno profondamente disgregato le comunità, le famiglie e le culture. Le donne sono fondamentali per il sostegno del tessuto sociale di ogni popolo, ma i loro bisogni di base sono spesso ignorati e negati e sono violati i loro diritti e le loro persone [...]; sfide ambientali - L'inquinamento dell'aria e dell'acqua, [...] la riduzione dello strato di ozono, l'energia nucleare, i rifiuti tossici e i pesticidi, [...] la deforestazione e l'erosione del terreno producono degli effetti nocivi duraturi sulla salute della gente. Le radici di fondo di questa distruzione comprendono l'insostenibile sfruttamento delle risorse naturali, l'assenza di una visione olistica a lungo termine, lo svilupparsi di comportamenti individualistici e di accumulo dei profitti, e il consumismo dei ricchi.; guerra, violenza, conflitti e disastri ambientali - Guerra, violenza, conflitti e disastri naturali devastano le comunità e distruggono la dignità umana. Hanno un forte impatto sulla salute fisica e mentale dei suoi membri, specialmente donne e bambini. Il crescente commercio internazionale delle armi, sempre più violento e corrotto, mina la stabilità sociale, politica ed economica, e l'allocatione delle risorse nel settore sociale.; sanità - Questa carta invita a promuovere una sanità di base universale e completa, a prescindere dalle possibilità economiche delle persone. I servizi sanitari devono essere democratici, rispondere al principio di responsabilità e disporre di risorse sufficienti a raggiungere questo scopo.; partecipazione dei popoli ad un mondo più sano. (Carta per la salute dei popoli, 2000).

Fu questo il momento di maggiore ripresa, dopo gli anni Settanta, del dibattito critico sulla salute anche a livello europeo con la costituzione della sezione europea del Movimento per la Salute dei Popoli, con sede a Bruxelles. Il PHM ha inteso essere uno strumento di advocacy e al tempo stesso un framework per l'azione, per usare le formule scelte da loro, a partire dai principi espressi ad Alma Ata e poi confermati ed aggiornati negli appuntamenti successivi definendo “l'equità, lo sviluppo eco-sostenibile e la pace il cuore della propria visione di un mondo migliore”¹⁶¹.

Questo Movimento si definisce inoltre un “network di network, organizzazioni e individui” senza strutture rigide, ma forme organizzative a livello nazionale e macro-regionale in modo da permettere a ciascun Paese di dare priorità alle esigenze specifiche, garantendogli al tempo stesso il supporto di una rete regionale. In questi anni ha sviluppato alcuni programmi e progetti come ad esempio le assemblee periodiche, la stesura di un Global Health Watch alternativo a quello ufficiale dell'OMS (chiamato World Health Report) la cui quinta edizione è stata pubblicata nel 2018, la promozione di corsi formativi¹⁶², intitolati *The Struggle for Health*. Un'iniziativa sviluppata in questi ultimi anni è stata la campagna “Health for all” finalizzata alla costruzione di un network capace di attivare una mobilitazione per la tutela della sanità pubblica¹⁶³.

Negli stessi anni a cavallo tra la fine degli anni Novanta e i primi Duemila in Italia le esperienze di alcune ONG che tradizionalmente si occupavano di salute, come ad esempio la LILA – Lega Italiana per la Lotta all'AIDS, si intrecciano con quelle dei movimenti di opposizione alla globalizzazione neoliberista¹⁶⁴ e negli anni seguenti anche grandi ONG sanitarie internazionali come Medici senza frontiere ed Emergency assumono un ruolo pubblico di rilievo nella denuncia dell'aumento delle disuguaglianze sociali in occasione delle mobilitazioni internazionali contro le guerre seguite agli attentati dell'11 settembre 2001¹⁶⁵ e successivamente in relazione alla crisi migratoria che sta interessando il Mediterraneo¹⁶⁶.

¹⁶¹ Punto di vista del PHM, ripreso dal loro sito internet www.phmovement.org

¹⁶² Questi corsi in particolare sono stati promossi dall'Università internazionale per la salute dei popoli (International People's Health University - IPHU) che è il principale programma di ricerca ed educazione del PHM. Come si può leggere nel sito internet del Movimento, sono stati organizzati 25 corsi bisettimanali in 15 Paesi, in 9 lingue e frequentati da circa 1500 attivisti provenienti da più di 60 Paesi che sono andati poi ad unirsi ai gruppi nazionali del PHM.

¹⁶³ Per quanto riguarda questa campagna, un approfondimento verrà dall'analisi delle interviste in relazione alle attività promosse nella città di Napoli in occasione della data di mobilitazione del 7 aprile 2017 e 2018. Per un approfondimento specifico sull'iniziativa, si veda il sito <http://www.health-is-not-for-sale.org/?lang=en>

¹⁶⁴ Tra i portavoce del Genoa Social Forum, nome assunto dal network di opposizione al vertice G8 svoltosi a Genova nel luglio 2001, ci fu anche Vittorio Agnoletto, medico e attivista della LILA.

¹⁶⁵ Si veda ad esempio la presa di posizione contro la guerra espressa in questa dichiarazione nel 2015: <https://www.emergency.it/cultura-di-pace/abolire-la-guerra/>. Per quanto riguarda le attività di Emergency, verrà fatto un approfondimento specifico nel prossimo capitolo di analisi delle interviste mettendo in evidenza le ragioni che hanno portato questa organizzazione, sorta per offrire cure medico-chirurgiche a persone in difficoltà in scenari di conflitto e di povertà come si legge nella loro presentazione online, ad aprire alcuni ambulatori in Italia <https://www.emergency.it/cosa-facciamo/italia/>.

¹⁶⁶ Non è possibile qui dare esaustivo conto di questo aspetto, ma in questo momento diverse Ong attive anche nell'ambito della salute stanno operando su mezzi di soccorso nel Mediterraneo e ai confini europei per tutelare le persone migranti nella drammatica fase in cui si trovano. Le politiche italiane ed europee messe in atto negli ultimi anni vengono poste

Queste organizzazioni, pur intervenendo anche in modo radicale a tutela dei diritti umani e della salvaguardia della vita delle persone in tutto il mondo, non hanno come prerogativa la riformulazione della salute così come problematizzata fino a qui¹⁶⁷. In quegli stessi anni, forse anche sull'onda di una società civile sollecitata ad osservare con più attenzione le disuguaglianze che si stavano amplificando nel mondo, si sviluppano altre esperienze di riflessione sulla salute ed in particolare a partire da quelle formulate da alcuni studenti di medicina. A questo proposito un importante contributo è giunto della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale, il RIISG che, attraverso un progetto di sei anni sviluppato con Medici con l'Africa – Cuamm ha attivato un percorso di diffusione nelle università, tra studenti e docenti di quello che loro definiscono un “nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria [...] radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche, [che] può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità.” (RIISG, 2018)

Ciò che contraddistingue l'approccio della Salute globale è la particolare attenzione “all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali.” (RIISG, 2018) A questo si accompagna un'ottica transnazionale per mettere “in evidenza le disuguaglianze in salute sia all'interno che tra i Paesi, analizzandole anche attraverso la lente della giustizia sociale”. Per farlo hanno ritenuto necessario applicare “un approccio transdisciplinare e multi-metodologico, che si avvale del contributo sia delle scienze sociali ed umane che di quelle naturali e biomediche.” (RIISG, 2018). In conclusione di questa definizione di Salute globale proposta dalla Rete, l'accento viene posto sul fatto che essa non debba essere vincolata ad un “ambito meramente accademico: infatti, promuovendo un'etica di responsabilità sociale sia per le istituzioni che per i professionisti coinvolti, essa abbraccia i campi

sotto accusa dagli operatori sul campo per gli effetti drammatici che stanno provocando, mentre a partire dalla primavera 2017 si è aperta una campagna di accusa nei confronti delle organizzazioni non governative che operano in mare. A titolo di esempio, si rimanda ad uno degli appelli di Medici senza frontiere del marzo 2018 <https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/news/mediterraneo-governi-europei-ostacolano-soccorsi-e-riportano-le-persone-nell%C2%92inferno/>

¹⁶⁷ Tra i principi di Medici senza frontiere si legge: “Le azioni di MSF sono prima di tutto mediche. Forniamo cure di alta qualità a tutti i pazienti, nel rispetto dei principi dell'etica medica. Rispettiamo l'autonomia, la riservatezza e il diritto al consenso informato di ognuno di loro. Li assistiamo con dignità e rispetto per il loro credo religioso e culturale.” <https://www.medicisenzafrontiere.it/chi-siamo/i-nostri-principi/>; emerge dal sito internet di Emergency l'idea che “essere curati sia un diritto umano fondamentale e che, come tale, debba essere riconosciuto a ogni individuo. Perché le cure siano veramente accessibili, devono essere completamente gratuite; perché siano efficaci, devono essere di alta qualità” e dichiarano di riconoscersi nel *Manifesto per una medicina basata sui diritti umani* - <https://www.emergency.it/cosa-facciamo/medicina-e-diritti-umani>

della ricerca, della formazione e della pratica, e mira a generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative”¹⁶⁸. Il tentativo di portare fuori dalle aule universitarie questi temi è stato sintetizzato con la formula di Palestre di salute globale, definite “momenti di formazione che si svolgono al di fuori dell’aula universitaria, che permettono di approfondire la conoscenza del contesto in cui ci si trova, dei processi sociali che determinano lo stato di salute e malattia e delle risorse presenti nelle comunità territoriali. Esse sono intese come esperienze pratiche in grado di coinvolgere attivamente lo studente nel processo di formazione e nel confronto con le tematiche di Salute Globale, attraverso la presa di coscienza dei meccanismi sociali, economici e individuali che agiscono sulla salute del singolo e della comunità” (Casadei et al., 2015). Dall’intreccio dunque di una condivisione di ragionamenti sul ruolo della formazione¹⁶⁹, sulla possibilità di aprirsi alla contaminazione con il mondo non sanitario e sulla volontà di sperimentare alternative volte ad un miglioramento complessivo della qualità di vita delle persone si apre in Italia una nuova fase di riflessione che ha ad oggetto il diritto alla salute, ma che fin dai primi momenti guarda alla dimensione partecipativa e alla trasformazione di queste ipotesi in pratiche. Nello stesso periodo a Roma un gruppo di studenti di medicina e specializzandi, a cui poi si affiancheranno persone non direttamente coinvolte nell’ambito sanitario, avvia un cantiere di socioanalisi¹⁷⁰ per indagare l’istituzione medica e i suoi limiti concentrando l’attenzione sul ruolo del sistema formativo nella costruzione del “diventare medico” e sulla relazione medico-paziente provando a decostruirne l’impostazione odierna¹⁷¹.

Sarà entro questo spazio di dibattito che l’incontro tra studenti di medicina, medici e attivisti provenienti da altre discipline è andato consolidandosi un gruppo di lavoro attivo come PHM Italia. Questa collettività ha deciso di chiamarsi Gruppo – Gruppo Permanentemente aperto¹⁷² ed ha avviato un percorso per proseguire l’approfondimento di questi temi e soprattutto dare operatività in Italia ad un progetto internazionale di ricerca-azione partecipata col contributo della società civile nella

¹⁶⁸ In nota nel testo originale: Tale divario, definito in letteratura "know-do gap", è la differenza esistente tra ciò che è conosciuto e ciò che viene applicato e realizzato nella pratica: sia quindi tra ricerca e politiche/decisioni operative, sia tra conoscenza e consapevolezza e azione/modifiche nei comportamenti (http://www.who.int/kms/events/Know_do_gap_APablos.pdf)

¹⁶⁹ Interessante a questo proposito anche il report pubblicato su Lancet nel 2010 e citato da Casadei e colleghi che propone l’utilizzo dell’*apprendimento trasformativo*. Si veda Frenk J et al., Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, in The Lancet 2010, 376, pp. 1923–1958.

¹⁷⁰ Curcio R., Prette M., Valentino N., La socioanalisi narrativa, Sensibili alle foglie, Roma 2012

¹⁷¹ Il risultato di questa analisi è stato pubblicato nel volume già citato “Medici senza camice, pazienti senza pigiama”, nel 2013.

¹⁷² Per una descrizione del gruppo e delle ragioni che lo hanno fatto nascere si veda <https://gruppaphm.noblogs.org/chissiamo/>; significative sono state le contaminazioni tra gli attivisti della Grup-pa e alcuni movimenti transfemministi e queer italiani oltre che la partecipazione alle iniziative promosse a partire dal novembre 2016 dal movimento Non una di meno. È stato possibile attraversare il processo che ha portato allo sviluppo del progetto durante il periodo di ricerca dottorale. Si spiegherà in modo più approfondito l’interazione con questo percorso e come si è intrecciato con questa indagine nel prossimo capitolo.

promozione della salute¹⁷³ e che coinvolge oltre all'Italia, la Repubblica Democratica del Congo, il Sudafrica, la Colombia, l'India e il Brasile.

Entro questa cornice sono state effettuate alcune decine di interviste a movimenti sociali attivi in diversi contesti locali (città, ma anche zone rurali) e su temi differenti, accomunati però da una attenzione al dibattito sul tema dei beni comuni e del Comune più in generale¹⁷⁴, spesso portatori di pratiche di ricondivisione di beni o servizi¹⁷⁵. A seguito delle interviste, questi movimenti sociali sono stati invitati ad un primo incontro pubblico nell'aprile del 2015¹⁷⁶ “durante il quale persone provenienti da diversi ambiti della società civile [hanno provato] a condividere pratiche e saperi sul rapporto tra le forme di welfare istituzionale (servizi) e le esperienze di autorganizzazione nel campo della salute a partire da una ricostruzione storica della medicina critica in Italia” (Riccio e Rinaldi, 2015). Questa convocazione segna il punto di passaggio in cui, dopo aver analizzato i limiti della formazione in ambito sanitario, aver valutato la necessità di estendere il discorso sul diritto alla salute fuori dall'ambito accademico, ma anche fuori dalla cerchia dei professionisti della salute, gli attivisti hanno ravvisato nel dibattito storico di critica sociale alla medicina uno strumento utile a raffinare le proprie riflessioni ed aprirsi al confronto con altre esperienze¹⁷⁷:

“Rileggere quindi le attività e le riflessioni della RIISG sulla S[alute] G[lobale] guardando al passato ha permesso di recuperare una memoria storica estromessa dalla riflessione attuale sulla formazione e le politiche in salute e, allo stesso tempo, di guardare al futuro sviluppando nel presente nuove pratiche e riflessioni. Infatti, molte delle questioni politiche e dei contenuti critici che oggi vengono rivendicati da esperienze di autorganizzazione e collettivi nel campo della salute (intesa in senso ampio come azione sui determinanti sociali) erano fortemente presenti nei movimenti di medicina critica e antipsichiatria degli anni Sessanta e Settanta.” (Riccio e Rinaldi, 2015).

¹⁷³ Per i dettagli relativi al progetto e i report delle varie fasi, si veda Report di progetto - <https://grupphm.noblogs.org/report-di-fase-1/>

¹⁷⁴ Si vedano ad esempio: Negri A., Hardt M., *Comune*, Rizzoli, Milano 2010; Dardot P., Laval C., *Del comune, o della rivoluzione nel XXI secolo*, Derive Approdi, Roma 2015; Rodotà S., *Solidarietà, un'utopia necessaria*, Laterza, Bari-Roma 2014; In occasione dei referendum abrogativi del giugno 2011 si aprì un intenso dibattito sui beni comuni che portò negli anni successivi a diverse iniziative in vari ambiti sociali. Alcuni degli aspetti più approfonditi furono quelli relativi alle risorse naturali come ad esempio l'acqua, ma il concetto venne ripreso come strumento di critica politica alle logiche neoliberiste in ambito culturale, agricolo, di edilizia pubblica, ecc. Si veda inoltre il numero 11 della rivista Zapruder, settembre-dicembre 2006 introdotto dall'editoriale *Quando si rompe la comunità, si rompe il mondo?* A firma di Paola Ghione e l'editoriale, sempre della stessa rivista, ma del numero 38 *Io sto bene io sto male*, intitolato *Welfare dal basso. Il benessere fuori dall'ordine* a firma di De Sario e Lenzi.

¹⁷⁵ Si ricordano qui, a titolo esemplificativo la Fattoria senza padroni di Mondeggi (FI), la fabbrica autogestita RiMaFlow (MI), Terra Nostra – Casoria (NA), Teatro Valle (Roma), Teatro Rossi (Pisa), rete Genuino Clandestino, Eat the rich (Bologna), ecc.

¹⁷⁶ Riccio M., Rinaldi A., *Salute e Movimenti, 1978-2015: recuperare la memoria storica per guardare al futuro*, in “Salute Internazionale” 30 marzo 2015 <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/salute-e-movimenti-1978-2015/>

¹⁷⁷ Cfr. Report fase 1; pp. 17-21.

Ricostruendo la propria genealogia è stato possibile per questa collettività avviare un percorso di condivisione e confronto con altri movimenti sociali proseguito nei due anni successivi attraverso tre incontri pubblici di tre giorni ciascuno (le “residenziali aperte”) pensati per approfondire alcune sfaccettature del macro-nodo “salute”: movimenti e welfare, costruzione di spazi e comunità in salute, nuove forme di comunità e sostenibilità (il/in comune)¹⁷⁸. Da questi tre incontri, svolti nell’arco di diciotto mesi tra Bologna, Napoli e Roma, è stata avviata una riflessione, anch’essa “permanentemente aperta”, sulle Pratiche del comune in salute¹⁷⁹. Questa proposta teorica è orientata a ricondurre entro un’unica cornice di riferimento tutte quelle esperienze che, a partire da interventi sui diversi fattori che influiscono sul livello di benessere delle persone, producono salute:

“Dal punto di vista concettuale, la proposta è quella di mettere in connessione la visione politica e sociale sulla salute con le teorizzazioni e le esperienze che sono nate negli ultimi anni rispetto al tema del “comune”, intendendo con questo termine non il possesso collettivo di qualcosa (come co-proprietà), ma la co-attività e l’agire comune come principio politico di azione trasformativa. Parlare di “pratiche del comune in salute” significa costruire concettualmente un ambito di trasformazioni in atto, che possono avvenire tanto nei nuovi spazi istituiti dai movimenti quanto nei settori a difesa dei servizi esistenti, purché affrontino la produzione di salute come questione sociale.”¹⁸⁰

Un aspetto che ha caratterizzato fortemente questi incontri e che è stato assunto come costitutivo di questo percorso è l’utilizzo di metodologie di discussione e confronto non tradizionali. Recuperando da esperienze di altri contesti geografici o culturali e dalle metodologie dell’approccio partecipativo alcuni spunti, si è provato a superare l’uso della verbalizzazione come unico strumento “valido” di confronto ed in alcuni momenti sono state proposte ai partecipanti facilitazioni costruite ad hoc in base al tema del gruppo di lavoro per concentrare l’attenzione dei partecipanti sull’ascolto reciproco (ad esempio con il metodo del fish-bowl) o per permettere la partecipazione di tutti ad ogni tavolo di lavoro (ad esempio attraverso l’utilizzo della tecnica del world café). Questa sperimentazione ha fatto parte integrante del percorso spingendo anche i movimenti sociali invitati e le persone coinvolte a vario titolo a provare a decostruire anche le forme classiche della partecipazione politica provando al tempo stesso a stimolare la dimensione collettiva, non canonica e maggiormente consapevole¹⁸¹.

¹⁷⁸ Per ciascuno di questi incontri è possibile approfondire i temi trattati attraverso un testo di presentazione e una restituzione, testuale o video riportati nel blog della Grup-pa.

¹⁷⁹ Grup-pa, Le parole del comune in salute, 2018 in <https://gruppaphm.noblogs.org/post/2018/10/07/137/>

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ In occasione del primo dei tre incontri pubblici tematici, quello bolognese sul welfare, si ricorda la riflessione di una delle partecipanti che, discutendo del senso che poteva avere un confronto così profondo e serrato, che richiedeva una

Prima di procedere con una fotografia della situazione attuale, si vuole qui ricordare un approccio teorico, che alcuni autori hanno definito una *cosmologia*, che ha contribuito alle riflessioni più attuali sul tema del diritto alla salute in senso olistico, quello del Buen vivir (o, in lingua Quechua, *sumak kawsay*). Questa fortunata formula è stata ripresa anche in alcune delle costituzioni -autodefinite- progressiste latino- e centro-americane come ad esempio in Ecuador e Bolivia¹⁸². Non potendo approfondire il tema qui, ci si limiterà a richiamare i concetti base di questa teorizzazione visto il peso fondamentale che hanno avuto nella costruzione di esperienze pratiche di intervento sanitario alternative alla biomedicina in ampie aree dell'America Latina e del Centro America radicate nella scelta di integrare reciprocamente i saperi tradizionali locali e quelli esperti. Il fulcro di questa ipotesi, che rompe apertamente con l'idea della Natura come risorsa o ambiente da cui semplicemente estrarre materie prime, è che il mondo naturale (la *naturaleza* o Pacha Mama), sia soggetto di diritto come qualsiasi cittadino (Zibechi, 2011). Nel testo della Costituzione ecuadoregna¹⁸³ si legge:

“La Natura o Pacha Mama, in cui si riproduce e realizza la vita, ha diritto a che si rispetti la sua esistenza e il mantenimento e la rigenerazione dei suoi cicli vitali, struttura, funzioni e processi evolutivi.” (art. 71, Costituzione Repubblica dell'Ecuador, 2008).

Questo articolo sottende il fatto che la cultura dei popoli indios presenti nello Stato abbia assunto un peso significativo, compresa l'attenzione ad una relazione armoniosa ed equilibrata con la natura ed implica soprattutto che non ci possano essere differenze tra il modo in cui le persone si relazionano tra loro e quello con cui interagiscono con l'ambiente in cui vivono (Zibechi, 2011). Altrettanto si ritrova descritto nella Costituzione boliviana, approvata nel 2009, che “Lo Stato assume e promuove come principi etico-morali della società plurale: il non essere pigro, non essere bugiardo né ladro, il buon vivere, la vita armoniosa, la buona vita, la terra senza male, la vita nobile” (art. 80, Nuova Costituzione Politica dello Stato, Bolivia, 2009). Come sottolinea Raul Zibechi¹⁸⁴, ciò che emerge è una rottura radicale con la cultura occidentale basata sulle idee di progresso e sviluppo e dunque con la modernità; ciò che viene posto in discussione non è solo l'eurocentrismo, “ma anche l'antropocentrismo, il credere che il mondo sia lì per essere utilizzato dall'essere umano, a suo esclusivo beneficio. [...] gli strumenti analitici su cui contiamo per comprendere e analizzare la realtà

messa in gioco molto legata all'esperienza del singolo anche quando appartenente ad una comunità politica, ricondusse il tipo di sforzo che si stava facendo tutti e tutte insieme alla pratica femminista del *partire da sé*.

¹⁸² Asamblea Constituyente, “Constitucion de la Republica del Ecuador”, Quito 2008; Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, “Nueva Constitucion Politica del Estado”, La Paz, 2008.

¹⁸³ Il testo della Costituzione dell'Ecuador dedica 75 articoli al capitolo sul “Regime del Buen Vivir”.

¹⁸⁴ Nello stesso testo di cui qui vengono riportati alcuni stralci -traduzione di chi scrive-, sarà lo stesso Zibechi a mettere in luce i limiti attuali della proposta del *Buen vivir* evidenziandone le fragilità soprattutto quando inserite in un contesto di stato nazionale.

non sono attendibili, perché sono conoscenze di matrice coloniale [...] che si limitano a consacrare l'attuale progetto civilizzatore come qualcosa di naturale e impediscono di pensare a forme differenti del vivere.” (Zibechi, 2011).

In un'intervista rilasciata a Oliver Balch per The Guardian nel 2013¹⁸⁵, Eduardo Gudynas¹⁸⁶ pone l'accento non solo sul rapporto tra uomo e natura così come inteso dalla filosofia del Buen vivir, ma anche sul senso di collettività che lo contraddistingue:

“«Con *Buen vivir*, il soggetto del benessere non è (relativo a) l'individuo, ma l'individuo nel contesto sociale della propria comunità e in una specifica situazione ambientale» [...] Una specifica caratteristica del buen vivir è l'armonia, dice [Gudynas], armonia tra esseri umani, e anche tra esseri umani e natura. Un tema connesso è il senso di dimensione collettiva. Il capitalismo è un grande promotore di diritti individuali: il diritto alla proprietà, a vendere, a tenere, ad avere. Ma questo paradigma alternativo proveniente dall'America Latina sottomette i diritti degli individui a quelli dei popoli, delle comunità e della natura”¹⁸⁷.

Il dibattito sulla trasformazione in pratiche di questa prospettiva politica e teorica resta aperto a partire, però, evidentemente, dalla rinuncia alla proprietà privata individuale perché secondo il Buen vivir gli esseri umani non sono proprietari della Terra e delle sue risorse, ma solo utilizzatori, gestori [stewards] ed altrettanto necessario è un ripensamento complessivo dei processi di produzione¹⁸⁸.

Accanto a queste riflessioni più generali, si sono sviluppate negli ultimi anni in quei Paesi¹⁸⁹ alcune ipotesi di intervento legate alla salute ed in particolare la cosiddetta Medicina sociale/Salute collettiva latinoamericana¹⁹⁰. Questa teoria è stata articolata in particolar modo in Brasile a partire da un'analisi storica critica delle categorie e pratiche presenti a livello locale che ha permesso non solo il superamento di una visione tecnicista della tradizionale salute pubblica, ma anche di fondare una proposta di salute collettiva contestualizzata e intesa a costruire una proposta scientifica in cui la salute pubblica, come teoria e pratica, è parte di un insieme più generale. (Granda, 2004).

¹⁸⁵ Balch O., *Buen vivir: the social philosophy inspiring movements in South America*, in “The Guardian” 04 febbraio 2013

¹⁸⁶ Segretario esecutivo del Centro Latino-americano per l'ecologia sociale in Uruguay.

¹⁸⁷ Balch O., *Buen vivir*, *op. cit.*

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ Una spinta importante alla necessità di un ripensamento complessivo dei modelli sociali è arrivata dalle crisi economiche e sociali che hanno investito alcuni di questi Paesi come ad esempio l'Ecuador che si è trovato a dover far fronte ad una vera e propria crisi della salute pubblica. Organización Panamericana de la Salud, *La crisis de la salud pública*, Washington, OPS/OMS 1993

¹⁹⁰ Si vedano, tra gli altri Osmo A. Schraiber L. B., *O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição*, in “Saúde Soc.”, 24(1), São Paulo, 2015 pp.205-218.

Una ricostruzione dei diversi paradigmi che si sono susseguiti in Latinoamerica è stata fatta da Almeida Filho e Silva Paim nell'articolo "La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica". In questo testo vengono ricostruiti in una prospettiva storica sia la crisi della salute pubblica nel continente che i movimenti sociali che hanno contribuito allo sviluppo delle riflessioni sul tema della salute (Almeida Filho e Paim, 1999). Gli autori procedono poi a definire la Salute collettiva a partire da alcune domande:

"Il movimento di Salute collettiva potrà presentarsi come un nuovo paradigma scientifico in senso stretto? Quali modelli epistemologici, teorici, metodologici e politici devono essere attivati per raggiungere cambi paradigmatici nel campo della salute? [...] Quali effetti avranno queste limitazioni sulla retorica e la pratica nel campo della salute?". E procedendo con un tentativo di sistematizzazione della cornice teorica della Salute collettiva sudamericana giungono a metterne in evidenza le potenzialità: "la cornice concettuale della Salute collettiva [...] risulta da un lato di critica ai differenti movimenti e progetti di riforma in salute avvenuti nei Paesi capitalistici e dall'altro di elaborazione teorico-epistemologica di produzione scientifica, articolata nelle pratiche sociali." (Almeida Filho e Paim, 1999).

Proseguono sempre gli autori con il mettere in evidenza la struttura intrinsecamente transdisciplinare di questa ipotesi che si caratterizza per essere "un campo di conoscenza di natura interdisciplinare le cui discipline base sono la epidemiologia, la pianificazione/amministrazione della salute e le scienze sociali in salute. Questo contempla lo sviluppo di attività di ricerca sullo stato di salute della popolazione, la natura delle politiche di salute, la relazione tra i processi di lavoro, malattie e danni così come gli interventi di gruppi e classi sociali sulla questione sanitaria (Ribeiro, 1991). Sono discipline complementari di questo campo la statistica, la demografia, la clinica, la genetica, le scienze biomediche di base, ecc. questa area del sapere fonda un ambito di pratiche transdisciplinari, multiprofessionali, interistituzionali e transettoriali. [...] Possiamo concludere che, nonostante non soddisfi le condizioni epistemologiche e pragmatiche per presentarsi come un nuovo paradigma scientifico, la Salute collettiva si consolida come campo scientifico e ambito di pratiche aperto ad incorporare proposte innovatrici, molto più che qualunque altro movimento equivalente nella sfera della salute pubblica mondiale." (Almeida Filho e Paim, 1999).

Un ulteriore sguardo utile alla comprensione della Salute collettiva latino-americana è quello fornito dal report del Congresso latinoamericano di medicina sociale del 2012 scritto a quattro mani da due attivisti italiani che, tra le altre cose, spiegano la critica portata da questa corrente di pensiero al dibattito sui determinanti sociali di salute. In particolare, secondo quanto riportato, l'accusa di riduttivismo che viene rivolta alla proposta di Marmot deriva dal fatto che essa sia considerata "una

rieditazione [...] del vecchio paradigma funzionalista dei fattori di rischio: un insieme di condizioni preordinate, con il quale non si va oltre l'idea di una determinazione causale lineare del processo salute/malattia/cura. Un paradigma quindi decontestualizzato dai processi, ma soprattutto incapace di cogliere le soggettività che li plasmano” (Camplone e Tufano, 2012). Ancora una volta il tema in questione è quello della non neutralità dei soggetti e soprattutto della loro capacità di agire, di produrre significato, di trasformare. E dunque viene riaperto anche il tema di come può essere analizzato “il processo di salute/malattia [...] con strumenti adeguati ad indagare il contesto in cui il soggetto vive, opera e si ammala, dando spazio a metodologie qualitative. Questo paradigma implica inoltre che la ricerca sia co-costruita con gli attori medesimi, nonché abbia l'obiettivo di agire la trasformazione (ricercazione)” (Camplone e Tufano, 2012). Gli autori riportano anche uno dei limiti di questa discussione che, a differenza di altri movimenti che loro definiscono “fratelli” come ad esempio il PHM, la Salute collettiva non si dota di una strategia di mobilitazione, ma si dà l'obiettivo di moltiplicare i centri e le occasioni per discutere e praticare questa prospettiva “con un chiaro progetto scientifico-politico contro-egemonico. Come redarguisce il maestro Breilh «Non è un pensiero critico emancipatore quello che si limita alla denuncia morale delle disuguaglianze, mentre trascurava l'analisi e l'azione contro i processi che le generano»” (Camplone e Tufano, 2012).

Il dibattito latinoamericano, pur nelle contraddizioni che contraddistinguono i processi che lo attraversano negli ultimi anni o forse proprio grazie a quelle, è ricco di spunti che sembrano non volersi limitare ad un intervento parziale sugli aspetti della vita sociale, ma rivoltano completamente lo sguardo a partire da un lavoro di confronto con quelle che sono le culture indie che vivono in quei territori e che dunque costringono ad interrogarsi su cosa possano essere principi universalmente validi. Anche in questo caso, così come visto in precedenza a proposito degli approcci transfemministi, viene posto l'accento sulla necessità di rompere l'idea di neutralità dell'essere umano, che finisce per essere sempre maschio, bianco, benestante, abile, cittadino, ... Il contributo delle comunità che peraltro spesso tiene conto delle specificità di genere¹⁹¹, è dunque un ulteriore tassello che contribuisce alla ricostruzione di un'ipotesi di salute molto più complessiva, radicale e profonda che ambisce a trasformare l'intera società.

¹⁹¹ Si vedano ad esempio i documenti prodotti in occasione dell'8 marzo 2018 dai movimenti indios e femministi convenuti ad un'assemblea nazionale in Chiapas in cui il tema del benessere e della sostenibilità assumono un ruolo centrale <http://enlacezapatista.ezln.org.mx/2017/12/29/convocatoria-al-primer-encuentro-internacional-politico-artistico-deportivo-y-cultural-de-mujeres-que-luchan/>

2.5 – Punti di partenza e nodi da sciogliere

Dopo le descrizioni delle teorie istituzionali e critiche, dei sistemi attualmente in vigore nei luoghi in cui è stata svolta questa ricerca, ci si vuole soffermare brevemente su alcuni aspetti specifici che hanno interessato entrambi i territori in questi ultimi anni e che sono stati spunto per individuare in Barcellona e Napoli due studi di caso significativi.

Un primo elemento di cui tenere necessariamente conto è il periodo di crisi economica che viene fatto iniziare nel 2008 e che ha comportato l'introduzione sia in Italia che in Spagna di alcune misure, cosiddette di austerità, volte a ridurre la spesa pubblica in diversi ambiti tra cui anche quello sanitario. Si è visto nei due paragrafi relativi ai casi nazionali quali sono state le principali misure specifiche, ciò che vale la pena riprendere qui è che l'attuazione di queste scelte politiche ha portato in entrambi i territori considerati, mobilitazioni sociali sia in difesa del sistema sanitario pubblico, e questo da parte sia dei lavoratori del settore che dei cittadini, che una mobilitazione più ampia contro la gestione politica della crisi. A partire dalla critica alle scelte di austerità si sono sviluppati diversi movimenti sociali sia nazionali che internazionali, come ad esempio le Mareas in Spagna che hanno dato avvio al lungo processo culminato con la mobilitazione del 15M 2011. Entro questo passaggio storico per il panorama spagnolo, un ruolo importante è stato quello della Marea Blanca, animata da operatori del settore sanitario che ha concentrato le proprie iniziative sulla tutela della sanità pubblica e dedicato ampio spazio alla riflessione sul diritto alla salute¹⁹².

In tutta Europa ci sono state mobilitazioni, con alterni successi, in cui il tema del diritto alla salute è stato terreno di confronto organico alle riflessioni sul benessere e la giustizia sociale¹⁹³, ma ci sono state diverse occasioni di confronto tra le esperienze prodotte a livello internazionale che hanno operato nella direzione di andare oltre la contestazione delle politiche di austerità per guardare ai processi collettivi di riappropriazione o di mutualismo nati in risposta alla crisi economica. Uno di questi in particolare è stato occasione per riunire intorno ad un tavolo i movimenti attivi sul tema della salute, con le diverse accezioni e i diversi approcci, all'interno di un più ampio contesto, quello dell'incontro euromediterraneo Agora99 del 2013 svoltosi a Roma¹⁹⁴. Dal testo introduttivo emerge una riflessione sulla necessità di affrontare i temi del debito, dei diritti e dei processi democratici a partire da un contesto europeo in cui confrontare le esperienze e le pratiche:

¹⁹² Per un approfondimento relativo alle mobilitazioni per la salute in Spagna si vedano Oliva J., Ruiz-Giménez J. L. e Segura J., *Què hacemos contra recortes y privatizaciones por un modelo universal y equitativo de la sanidad pública*, ed. Akal, Tres Cantos, 2014; CSA Madrid, *¿Por nuestra salud?*, *op. cit.*

¹⁹³ Un lavoro di revisione delle iniziative di lotta sulla salute è stato fatto nella sezione E6 del volume *Struggles for Health in Europe* a cura di Sengupta A., Bodini C., Franco S.

https://www.rosalux.eu/fileadmin/user_upload/Publications/2018/SANTE_PUB_web.pdf

¹⁹⁴ Agora99 European Meeting, Roma, 1-2-3 novembre 2013.

“Lo scopo di questa seconda Agora99 è interrogarci su cosa sia lo spazio europeo che oggi abitiamo e su come possiamo trasformarlo collettivamente. Debito, diritti e democrazia sono i tre assi cardinali di una bussola da assemblare collettivamente, a partire dalle diverse pratiche che abbiamo inventato e appreso nelle nostre lotte locali. L’idea e la pratica del comune è il magnete che può aiutarci a navigare insieme. Vogliamo creare uno spazio aperto fatto di differenze e comunanze – uno spazio dove cooperare e mettere a punto gli strumenti, le pratiche e le strategie di cui abbiamo bisogno per costruire l’Europa che vogliamo.” (Agorà99, 2013)

Questa è dunque la cornice di senso entro cui si apre la discussione del workshop “Health and health-care: self-organization, movements and outlooks” che è stato occasione di confronto tra le esperienze delle cliniche autogestite greche, del coordinamento spagnolo Yo Sí Sanidad e di realtà attive su questo tema in altri Paesi europei.¹⁹⁵

Ciò che è emerso è che a seguito della situazione venutasi a creare in tutti i Paesi dell’Europa mediterranea a seguito dell’applicazione delle politiche di austerità, i tentativi di risposta da parte di sindacati e movimenti sociali sono stati molti e variegati. In modo particolare l’esperienza greca¹⁹⁶ è stata per alcuni anni emblematica della situazione generale, utilizzata come spauracchio sulle popolazioni dei Paesi vicini. Ma dentro questa situazione di difficoltà, aggravata anche dall’immediatamente successivo scoppio della crisi migratoria dell’estate 2011 che ha visto la Grecia come prima linea di impatto dei flussi migratori in fuga dalla guerra siriana e dalla crisi mediorientale, sono cominciate a sorgere in alcune città greche le esperienze delle cosiddette cliniche autogestite. Nel caso di Salonicco, ad esempio, ciò che colpì l’immaginario fin da subito fu la scelta dei medici che lavoravano in precedenza negli ospedali che, dopo il licenziamento a causa dei tagli economici, scelsero di continuare a lavorare, a titolo gratuito, nelle strutture attivando pratiche di autogestione in un momento in cui, a causa della stessa crisi economica, i bisogni sanitari della popolazione erano accentuati.

Al di là degli aspetti specifici, un dato trasversale è stata la presenza diffusa di esperienze solidaristiche con caratteristiche specifiche dovute al luogo in cui sorgevano e fortemente connotate dai bisogni a cui provavano a dare risposta, ma che hanno però cominciato a confrontarsi riconoscendo di avere controparti simili (quando non le stesse). Individuare nelle scelte politiche europee la causa scatenante di molti dei problemi dei sistemi sanitari nazionali ha portato diversi movimenti sociali europei a ritenere necessario costruire una mobilitazione internazionale in risposta. Entro la stessa dimensione geografica si è mosso il Network europeo contro la commercializzazione

¹⁹⁵ In quell’occasione sono intervenuti attivisti di Roma, Salonicco, Madrid, Berlino, Padova, Atene e Napoli.

¹⁹⁶ Per una breve descrizione della situazione della sanità greca a seguito della crisi economica, si rinvia a Maciocco G., *Crisi economica, sistemi sanitari e salute, Il caso Grecia*, in “Salute Internazionale” 27 ottobre 2011

e privatizzazione della salute attivo dal 2012 e che raccoglie movimenti e associazioni di otto Paesi europei¹⁹⁷. A partire dalla discussione promossa da queste realtà è stata individuata la data del 7 aprile come giornata di mobilitazione coordinata a livello internazionale in difesa della sanità pubblica a partire da tre questioni specifiche quali:

“1. Le conseguenze negative di una prolungata austerità sulla qualità e la possibilità di accesso ai servizi sanitari; 2. Le politiche interna, fiscale e commerciale che promuovono la crescita di assicurazioni private e servizi commerciali nel settore sanitario che rafforzano le disuguaglianze di salute; 3. Politiche sui brevetti e accordi segreti tra stati membri e industria farmaceutica.” da cui discende la valutazione che queste politiche abbiano “delle conseguenze catastrofiche sulla salute della popolazione e debbano essere immediatamente fermate” (Network europeo contro la commercializzazione e privatizzazione della salute, 2013).

Come si proverà a mostrare attraverso alcune delle interviste svolte a Napoli e Barcellona, il tema della difesa della sanità pubblica si sviluppa su due piani paralleli che, in alcuni casi, si intrecciano nelle esperienze locali concrete. Da un lato si incontra il problema dell'accesso al servizio sanitario fortemente condizionato dalla richiesta di ticket, dalle liste di attesa, dai problemi legati alla corruzione (Gerlis, 2015), dalla distribuzione non uniforme dei servizi, dai problemi di malasanità, ecc. mentre dall'altro ci sono le difficoltà sostenute dai lavoratori del settore che, sotto la pressione di un'organizzazione del lavoro fortemente determinata da esigenze economiciste e da spinte efficientiste organizzate sulla base degli indicatori più utili a ricevere finanziamenti pubblici, si trovano spesso a dover far fronte a situazioni per cui mancano i protocolli necessari, si pensi ad esempio ai passaggi per l'attivazione delle reti di servizi nei casi di violenza di genere, oppure le strutture stesse sono carenti¹⁹⁸.

Scrivo ad esempio Urbanos a proposito degli effetti sull'equità che ha avuto il Decreto Legge Reale 16/2012 a partire dall'esclusione dalla copertura sanitaria pubblica degli immigrati irregolari e poi a caduta: ad un calo nell'uso dei servizi non più accessibili è corrisposto un incremento di quelli a carattere sostitutivo, come le urgenze (Urbanos e Puig-Junoy, 2014). Lo stesso autore fa notare come le difficoltà di accesso non siano limitate alle persone escluse completamente dal sistema sanitario

¹⁹⁷ Per approfondire le iniziative, i principi che muovono le iniziative del network e per una descrizione dei gruppi partecipanti si veda <http://europe-health-network.net>; per quanto riguarda il network italiano dei gruppi aderenti setteaprile.altervista.org; per quello spagnolo <https://mesaendefensasanidadpublica.wordpress.com/> e per quello catalano <http://www.mareablanca.cat/>

¹⁹⁸ Sono stati attivati negli ultimi anni diversi percorsi formativi rivolti alla costruzione di protocolli condivisi e alla definizione di linee guida per gli operatori. Ad esempio, si veda il progetto RIITA della Cooperativa Iside di Venezia (2012-'13) <http://antiviolenza.isidecoop.com/portfolio/progettoriiita/> e progetto DAFNE dell'Azienda USL Romagna (2014) <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/atti-di-convegni/donne/donne-vittime-di-violenza-le-linee-di-indirizzo-area-vasta-romagna/il-progetto-dafne-rimini-contro-la-violenza-alle-donne/view>

(spagnolo e non solo), ma insistano sulle fasce più deboli della popolazione che, anche a fronte di un allungamento delle liste di attesa ad esempio per le operazioni chirurgiche, non hanno i mezzi per rivolgersi al settore privato (Urbanos e Puig-Junoy, 2014) e dunque subiscono ancora più duramente le difficoltà del sistema.

Un ulteriore elemento di cui tenere conto è l'incidenza della crisi economica sullo stato di salute delle popolazioni. Se dal punto di vista della salute fisica il dibattito è molto acceso (Tapia Granados, 2014; La Parra e Alvarez-Dardet, 2014; Facchini e Pereira Nunes, 2014) alcuni autori segnalano un significativo aumento dei casi di disagio mentale e abuso di alcool registrati dalle cure primarie spagnole dovuto alla recessione economica ed in particolare alla disoccupazione e alle difficoltà di far fronte al pagamento dei mutui (Gili et al., 2013 in Gallo e Gené-Badia, 2013). A questo proposito si riporterà nel dettaglio l'esperienza di Equilibradament, un progetto nato a Barcellona proprio per contrastare i disagi dovuti alla crisi economica.

Come accennato in precedenza, la risposta a quanto avvenuto con l'introduzione delle misure di austerità e a seguito degli effetti sociali della crisi stessa, non si è limitata alla costruzione di iniziative di contestazione ai provvedimenti, ma ha avuto un risvolto propositivo che si è inserito nel dibattito tra sperimentazioni "del comune", inteso come superamento del pubblico e del privato, e altre forme mutualistiche, di solidarietà.

Il dibattito su queste pratiche è storicamente molto ampio e attraversa diversi ambiti, ma uno dei temi che si vuole provare ad esaminare in profondità è se e come queste iniziative possono essere inserite entro una cornice più ampia di lotte per la riproduzione sociale e cosa questo significhi. Si riporta qui un passaggio di analisi da un punto di vista femminista che possa fungere da elemento di continuità tra le analisi storiche e i processi che si stanno sviluppando oggi. Questa riflessione sarà poi strutturata e sostanziata a partire dalle interviste di alcuni attivisti catalani e napoletani, ma per cominciare a sollevare il tema si riprende qui uno stralcio di Del Re:

"L'ideologia neoliberale esalta le responsabilità di ciascuno e ciascuna rispetto alle scelte e ai rischi della vita. Oggi un buon cittadino è colui o colei che fa da sé (questo si coniuga con la privatizzazione dei servizi e risorse prima pubblici). Si esalta il primato dell'individuo su qualsiasi forma di aggregazione sociale. [...] Creando forme di riproduzione alternative al mercato e ai servizi pubblici gestiti dallo Stato, sempre più evanescenti, spesso si risolvono situazioni contingenti, ma ci si può chiedere se questi interventi possono produrre forme di aggregazione sociale di più ampio respiro. [...] C'è il rischio concreto che le attività di riproduzione messe in comune diventino solo strumenti di gestione della povertà invece che dispositivi di riappropriazione della ricchezza. [...] Si tratta di costruire progetti ambiziosi, mettendo in

relazione i saperi alti con gli utilizzatori di questi saperi, per un cambiamento. Cambiamento delle relazioni, ma anche cambiamento dei contenuti nel rapporto potere-sapere” (Del Re, 2015).

Come si vede, questa riflessione richiama per alcuni versi quanto visto nelle elaborazioni dei movimenti femministi e della medicina critica italiana, ma il problema dell’inquadramento delle attuali pratiche mutualistiche in una prospettiva politica o quanto meno generale, più ampia è stata dibattuta negli ultimi anni a partire da diversi punti di vista. Un approccio interessante è ad esempio quello utilizzato da Quarta e Spanò nello spiegare il loro lavoro di “cartografia critica di tutte quelle “pratiche, invenzioni e istituzioni” che la cooperazione sociale inventa e istituisce ogni giorno dentro e contro la crisi”. Nell’introduzione ai saggi raccolti nel testo da loro curato nel 2017¹⁹⁹, scrivono:

“La differenza specifica con i servizi auto-organizzati sperimentati negli anni Settanta, è che questo nuovo modello di produzione, scambio e consumo non esprime il desiderio di un riconoscimento da parte del pubblico. [...] I protagonisti di questi esperimenti istituzionali condividono una prospettiva di vita comune che, generalmente, si traduce, da una parte, nell’invenzione di soluzioni alternative al mercato, produttive di segmenti di economia parallela, di prossimità e fortemente relazionali e, dall’altra, nell’organizzazione di modelli di gestione di beni comuni urbani, che richiedono il dialogo con le amministrazioni locali per costruire nuove forme di welfare. È questa la “scena” che ospita il riemergere dei corpi e delle pratiche politiche che mettono al proprio centro la materialità della vita, i bisogni e le necessità. [...] Se tutti i fenomeni descritti nei saggi sono in parte un prodotto della crisi, tuttavia, [...] essi hanno ormai assunto un profilo autonomo rispetto all’evento da cui sono stati generati. Per questa ragione, non è facile formulare una previsione circa la loro fisionomia futura e circa l’impatto che l’uscita dalla crisi potrebbe produrre sulla loro attuale, e tutt’altro che assestata, morfologia” (Quarta e Spanò, 2017).

Sarà dunque interessante comprendere se quanto sta avvenendo nell’ambito delle sperimentazioni sulla salute, di mutualismo o di solidarietà, si possa configurare come esempi di pratiche capaci, o desiderose, di trasformare radicalmente l’idea di salute presente comunemente per costruire nuove possibilità di benessere generale e giustizia sociale.

Le problematiche teoriche sono molteplici e riguardano ad esempio la scelta del campo in cui inserire queste esperienze perché esse rischiano di rivelarsi sussidiarie ad un sistema pubblico indebolito dai tagli economici e dalle difficoltà conseguenti perdendo, anche quando questa era la loro principale intenzione originaria, la capacità di proporsi come alternativa complessiva. Questo tema sarà poi

¹⁹⁹ Quarta A. e Spanò M., Rispondere alla crisi. Comune, cooperazione sociale e diritto, Ombre Corte, Verona 2017

esaminato alla luce delle interviste svolte soprattutto nel contesto napoletano, ma è possibile rintracciare la consapevolezza di questa contraddizione già nelle esperienze delle Case per la salute della donna degli anni Settanta e in contesti di dibattito non strettamente legati alla questione sanitaria²⁰⁰.

Non è questa l'unica questione ancora aperta che si proverà ad esaminare attraverso le parole degli intervistati, si procederà anzi ad enucleare un altro macro-tema quale quello del “punto in cui appoggiare la leva” di queste sperimentazioni perché, come si vedrà emergere chiaramente nelle parole degli intervistati, l'attivazione di un percorso dentro o fuori dal Servizio sanitario può dipendere da una decisione consapevole, ma può anche essere il risultato di condizioni esterne²⁰¹.

Entrambe le opzioni possono presentare aspetti vantaggiosi, ma possono al contempo esporre al rischio di vedere sussunta l'esperienza attraverso istituzionalizzazioni complessive o parziali, deleghe o delegittimazioni. Si proverà ad analizzare, nel processo di nascita e sviluppo delle esperienze indagate, il ruolo del contesto in cui sono calate per valutare quali possono essere i fattori esogeni che intervengono. Un focus verrà fatto sul rapporto con le istituzioni sanitarie, ma anche con quelle amministrative locali delle due città. Come visto a proposito dell'ipotesi teorica della Salute globale, potrà essere interessante approfondire quanto queste esperienze lavorino alla costruzione di reti territoriali (formali o meno) per agire in modo complessivo sul contesto nel quale operano.

Un altro tema su cui soffermarsi è quale modello di salute viene proposto entro queste sperimentazioni. Come visto in queste prime pagine, la scelta del modello di salute teorico è spesso effetto del tempo e del luogo in cui si effettua, ma una volta compiuta, apre la strada ad una serie di implicazioni che possono arrivare ad essere molto importanti dal punto di vista dell'utilizzatore finale, sia esso una singola persona oppure una comunità. La costruzione di queste sperimentazioni risente spesso anche di fattori esterni e dunque sarà interessante prendere spunto dai modelli teorici presentati per osservare in primo luogo se vengono applicati come scelta consapevole e poi come vengono praticati nella quotidianità.

Per concludere questa prima parte di riflessioni nate a partire dalle molteplici teorizzazioni e pratiche diffuse geograficamente e storicamente, si citano qui alcune esperienze avviate negli ultimi anni in ambito istituzionale in Italia che hanno provato a proporsi come modelli più avanzati all'interno del

²⁰⁰ Per quanto riguarda il problema riscontrato nelle Case per la Salute della donna si rimanda a Mura B., I consultori familiari, in Del Re A., Perini L., Gender politics in Italia e in Europa, 2014. A titolo esemplificativo per quanto riguarda il dibattito sul tema si veda anche il testo di convocazione del workshop Perfettamente inconciliabili svolto a Milano nel 2011, in <http://www.precaria.org/stati-general-della-precarieta-3-0/sgp-3-0-perfettamente-inconciliabili>

²⁰¹ Si rinvia al paragrafo 1.5 per un'analisi dell'esperienza storica dei consultori famigliari relativamente a questo aspetto. Si veda Pitch T., Un diritto per due, *op. cit.*

Servizio Sanitario Nazionale a partire dal tentativo di applicazione della medicina di comunità²⁰². Se come scrivono Almeida Filho e Paim (1999) in America Latina la Salute comunitaria è un sistema basato sull'implementazione di centri comunitari di salute gestiti da associazioni senza fini di lucro in cui l'attenzione a sociologia, antropologia e psicologia è finalizzata ad una migliore integrazione dell'equipe di salute nelle comunità più problematiche attraverso la cooptazione di forze locali per i programmi di salute, il concetto di Medicina comunitaria in Europa e Canada "fa riferimento ai dipartimenti di medicina preventiva e sociale, ma senza alcuna connotazione di azione assistenziale nelle comunità." Per ciò che riguarda il caso italiano, la medicina di comunità inizia ad essere approfondita soprattutto dall'inizio degli anni Ottanta, ma per lungo tempo ha stentato a prendere piede (Paccagnella, 2010). Qualcosa ha cominciato a cambiare in anni recenti ed il riferimento più interessante è quello relativo all'esperienza delle Case per la salute che, negli ultimi anni, stanno aprendo in diverse città italiane²⁰³. Questa sperimentazione è nata per essere:

“una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5.000-10.000 abitanti). La Casa della salute rappresenta il luogo di tale ricomposizione. [...] L'istituzione della Casa della salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali [...] ma finora scarsamente applicati” (Brambilla e Maciocco, 2016: p. 38)²⁰⁴

Alcune delle novità introdotte da queste sperimentazioni sembrano molto interessanti e sarà utile mantenerle sotto osservazione così da poterne cogliere potenzialità, quali possono essere il lavoro in equipe oppure l'attenzione ad una dimensione biopsicosociale, ma anche i limiti. Al momento non risultano nell'area napoletana considerate sperimentazioni in questo senso.

Alla luce di quanto considerato, si procederà all'analisi delle interviste svolte per poi provare a tirare le fila dei ragionamenti fin qui elaborati mettendoli a verifica attraverso i due studi di caso.

²⁰² Paccagnella B., Salute globale e medicina di comunità in Italia, *op. cit.*

²⁰³ È notizia recente la volontà di aprire una struttura di questo tipo nel centro della Sardegna, mentre sarà inaugurata entro l'anno la sperimentazione di un poliambulatorio strutturato però sul modello delle Case per la Salute all'interno della struttura di un ipermercato nella città di Livorno.

²⁰⁴ Nel testo originare questa definizione viene ripresa da un intervento dell'allora Ministra della Salute Livia Turco nel 2007 durante un convegno sulle case della salute. Nello stesso testo il secondo capitolo, riferito alle esperienze di case della salute a livello mondiale, vengono presi ad esempio i Centri di Atencion Primaria catalani come esempio simile.

Il sapere non è fatto per comprendere, ma per prendere posizione

Micheal Foucault, *Microfisica del potere*

3.1 – Introduzione metodologica

Dopo aver fornito nei due capitoli precedenti un inquadramento a livello teorico ripercorrendo le principali critiche storiche alla biomedicina e dopo aver ricostruito l'evoluzione istituzionale del concetto di salute e dei sistemi sanitari nelle aree interessate da questa ricerca, ci si sposta ora verso gli studi di caso indagati e dunque verso la Commissione salute attiva nel quartiere Poble Sec di Barcellona e i movimenti per la salute presenti nel quartiere centro storico di Napoli. Prima però di dare la parola ai diretti interessati nei prossimi due capitoli, sono necessarie alcune annotazioni metodologiche che riportino gli strumenti utilizzati per svolgere questa ricerca e facilitino la lettura dell'analisi dei casi.

Per illustrare la metodologia adottata nel corso della ricerca si è approntato il presente capitolo che è stato suddiviso in quattro paragrafi. Il primo è finalizzato a ricostruire la mappa teorica di riferimento e permetterà di mettere in luce i principali concetti (Gobo, 1998:) alla base di questa ricerca oltre che a fornire un prospetto sinottico degli obiettivi e degli aspetti critici presi in esame nel corso di questo lavoro. Il secondo paragrafo è dedicato alla ricostruzione dello sguardo situato che ha accompagnato l'ideazione, l'indagine e la stesura di questo lavoro. Gli ultimi due paragrafi sono poi finalizzati a descrivere la ricerca sul campo e, rispettivamente, il terzo si concentrerà sugli aspetti generali del percorso intrapreso mentre il quarto riprenderà gli elementi più specifici relativi alla traccia delle interviste e al campione intervistato.

Mappa concettuale di riferimento

Si intende innanzitutto presentare la struttura portante di questa indagine a partire dagli obiettivi e dalle ipotesi iniziali per esplicitare i principali concetti considerati e gli aspetti critici più rilevanti. Si proverà al contempo a ricostruire il posizionamento e lo sguardo critico con cui si è provato a penetrare lo stato dell'arte dei sistemi sanitari italiano e spagnolo guardando alle sperimentazioni di intervento sulla salute basate su presupposti differenti rispetto a quelli biomedici che informano, ai giorni nostri, la sanità dei paesi occidentali.

La selezione dalla letteratura disponibile per un inquadramento del problema si è rivelata un'operazione abbastanza complessa soprattutto perché le domande che hanno informato questa ricerca attraversano molteplici ambiti disciplinari, ciascuno dei quali ricchi di spunti e direzioni di ricerca possibili. Altrettanto impegnativo è stato selezionare una mappa concettuale che restituisse la complessità del tema delimitando al contempo un ventaglio ridotto di concetti su cui approfondire l'indagine. Ci si è quindi lasciati orientare dalle domande di ricerca e dalle ipotesi di partenza di questo lavoro, concentrando l'attenzione sugli elementi più funzionali ad elaborare risposte ad esse perché, come scrive Cardano, “un concetto è tanto più utile al ricercatore quanto meglio gli consente di comprendere le situazioni e i comportamenti che studia” (Cardano, 2004: 63). È comunque utile sottolineare che nel corso della ricerca è maturata la consapevolezza che le tematiche e gli aspetti qui sollevati avrebbero permesso, o permetteranno in futuro, di addentrarsi in terreni ulteriori.

Per procedere ad una mappa prima e ad una descrizione sistematica poi dei concetti utilizzati, è importante tornare idealmente al punto di avvio di questo lavoro e cioè alla constatazione che da diversi anni si stanno diffondendo esperienze critiche che si occupano di salute, ma che non è chiaro in che rapporto esse si pongano rispetto alla biomedicina da un lato, e dall'altro nei confronti del sistema sanitario improntato su questo paradigma. Se dunque l'interesse di indagine è orientato a comprendere meglio quale concetto di salute fosse alla base di (o venisse costruito entro) queste esperienze, vi è anche la necessità di far emergere quali elementi hanno avuto un ruolo per la nascita e lo sviluppo di queste sperimentazioni. Proprio a partire dalla convinzione che fosse innanzitutto necessario ricostruire la definizione che i diretti interessati danno di sé, del concetto di salute e del tipo di intervento che svolgono in questo ambito, ha preso avvio la costruzione del presente percorso di ricerca.

In generale, si può affermare che l'interrogativo che fa da sfondo a questo lavoro sia comprendere se oggi la biomedicina sia l'unica opzione possibile per rispondere a esigenze di salute oppure, a partire da una valutazione di quelli che sono i suoi limiti, quali possano essere le alternative. Obiettivo specifico di questo lavoro è quello di descrivere i processi di costruzione sociale della salute alternativa a quella biomedica a partire da come essi si sviluppano entro alcune esperienze pratiche

sviluppate a livello locale in contesti differenti. Questo, oltre a permettere di descrivere in modo specifico alcuni aspetti a conferma dell'ipotesi che la salute sia socialmente costruita (Cardano, 2015: 45-48)²⁰⁵, ha portato ad individuare i concetti portanti di questa ricerca (*cfr. Tabella 1*).

Prima di procedere ad un breve excursus tra di essi, si vuole richiamare qui la struttura di riferimento relativa alle ipotesi iniziali che hanno contribuito a delimitare il campo di studio e ad individuare i due studi di caso relativi al centro storico di Napoli e al quartiere Poble Sec di Barcellona alla cui analisi sono dedicati i capitoli a seguire. Saranno queste stesse ipotesi alla base, come si vedrà nei prossimi paragrafi, della stesura delle tracce di intervista (Gobo, 1998).

La prima ipotesi presa in considerazione è stata che la presenza di queste esperienze potesse essere in qualche modo riconducibile al colore dell'attuale governo cittadino e dunque alla presenza, rispettivamente, dell'amministrazione De Magistris e dell'amministrazione Colau. In particolare si è inteso cercare di comprendere se fosse possibile rintracciare in modo netto una relazione diretta tra i due fattori.

La seconda ipotesi è che una spinta fondamentale alla nascita dei percorsi qui indagati fosse arrivata sulla scorta delle necessità emerse a seguito della crisi economica e dell'introduzione, in Italia così come in Spagna, di politiche di austerità e tagli alla spesa pubblica ricaduti, con le rispettive specificità, sia sulle popolazioni che sui sistemi sanitari²⁰⁶.

Si è inoltre voluto considerare, come terza ipotesi, se la presenza di reti territoriali informali abbia influito sull'elaborazione di pratiche innovative nell'ambito della salute.

Per ciascuna di queste ipotesi sono stati individuati, attraverso l'analisi della letteratura e lo svolgimento delle attività di indagine sul campo, alcuni elementi utili a descrivere e analizzare i fenomeni indagati. Si sono dunque provati a schematizzare nella Tabella 2 gli aspetti critici riconducibili agli ambiti di indagine relativi a ciascuna delle ipotesi formulate inizialmente.

Per quanto riguarda la scelta dei casi di studio, si vuole evidenziare qui, ma verrà ripreso in modo organico nelle prossime pagine, come entrambi i contesti considerati si contraddistinguano rispetto ad altri territori per la presenza di un governo cittadino attento alle istanze sociali, per la presenza di reti territoriali attive e partecipi nella vita pubblica urbana oltre che, nel contesto considerato e su Italia e Spagna in generale, per il peso avuto dalle scelte di austerità seguite alla crisi economica del

²⁰⁵ Sul tema, si rinvia al capitolo 1 del presente lavoro.

²⁰⁶ Come visto brevemente nel secondo capitolo, in Grecia la situazione di difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e la chiusura di alcune strutture ospedaliere a causa dei tagli economici previsti dalle politiche di austerità, ha portato alla nascita di cliniche autogestite come, ad esempio, quella di Salonicco. Nel caso greco alla situazione interna già molto complessa si è sommata negli stessi anni una crisi migratoria e umanitaria importante.

2008²⁰⁷. Come anticipato, non vi è letteratura specifica relativa alle esperienze oggetto della presente indagine e dunque queste traiettorie sono diventate vere e proprie ipotesi di indagine e lavoro più che riferite a confronti con studi precedenti.

Per ciascuna di esse, si è cercato di esplorare attraverso il punto di vista delle e degli intervistate/i se e in che senso i fattori considerati hanno influito sulla nascita e sullo sviluppo delle esperienze oggetto della ricerca ed inoltre se e come queste hanno inciso sulla costruzione di un'idea di salute alternativa a quella biomedica.

Concetti principali

Il cuore di questa indagine è il concetto di *salute* così come socialmente definito nell'interazione complessa delle reti sociali. Si è dunque ritenuto necessario prendere in esame alcuni altri concetti utili a delineare al meglio gli aspetti sociali che ruotano attorno al tema della salute e alle sue declinazioni operative per arricchire l'analisi degli studi di caso. Provando ad organizzare la descrizione di questi concetti si è ritenuto utile considerare innanzitutto le questioni connesse alla salute in termini teorici e generali, approfondite soprattutto nei primi due capitoli, ed in particolare *saperi, corpi, normatività, universalità e discrezionalità*. A queste si è scelto di affiancare ulteriori concetti che permettono di arricchirne il significato alla luce delle sperimentazioni alternative alla biomedicina oggetto di questa ricerca. Ci si riferisce in particolare ai concetti di *sussidiarietà, processualità, partecipazione, relazioni* e al binomio *autonomia/assistenza*.

SALUTE	Saperi
	Corpi
	Normatività
	Universalità
	Discrezionalità
	Sussidiarietà
	Processualità
	Partecipazione
	Relazioni
	Autonomia o assistenza

Tabella 1 - Principali concetti utilizzati

²⁰⁷ Per i dettagli relativi alle prime due ipotesi, si rinvia ai capitoli 4 e 5, per quanto riguarda la terza, alcuni elementi sono stati ripresi più approfonditamente nel secondo capitolo.

Il concetto di saperi, volutamente considerato al plurale per restituire il valore dei molteplici ambiti di elaborazione del sapere (Melucci, 1998; Navarini, 2008), è stato considerato qui in particolare per quanto riguarda il rapporto tra *saperi esperti ed esperienziali*. Questo tema non solo è stato significativamente approcciato dai movimenti storici come mostrato nel primo capitolo del presente lavoro, ma come si vedrà in dettaglio interroga ancora oggi le esperienze di salute. Richiamando in parte quanto già evidenziato sulle relazioni che si instaurano tra professionisti sanitari e sperimentazioni autogestite di salute, si darà conto nel corso dei capitoli quattro e cinque del ruolo che il sapere biomedico ha nell'ambito di questi progetti e in che modo interagisce con i saperi esperienziali sia in termini concreti di confronto tra medici e utenti, sia approfondendo il ruolo del linguaggio e la sua eventuale trasformazione nel corso di queste esperienze.

Un concetto altrettanto strettamente connesso a quello di salute è quello di corpi. Anche in questo caso utilizzarlo al plurale evidenzia fin da subito l'implicita molteplicità di manifestazioni dei corpi con differenze di sesso, colore della pelle, abilità, eccetera a cui vengono attribuiti valori specifici e che dunque presentano importanti implicazioni sociali. Ai fini di questa ricerca si vuole valorizzare in particolare la potenza della non neutralizzazione dei corpi e le riflessioni che problematizzando le implicazioni simboliche dei corpi, hanno portato all'elaborazione di analisi situate (*cfr. infra 3.2*). Queste elaborazioni permettono di analizzare non solo le differenze visibili, ma anche quelle implicite relative ai rapporti di potere e alle discriminazioni che proprio partendo dai corpi hanno ricadute sociali. Si vuole qui sottolineare il contributo delle teorizzazioni femministe sui corpi con il richiamo alla consapevolezza di sé, del proprio corpo inteso anche nello spazio e in relazione²⁰⁸.

Un ulteriore tema al centro della riflessione teorica è quello della *normatività* che ricade, così come mostrato attraverso i diversi esempi forniti dalla letteratura (*cfr. infra 1.5*), in molti ambiti concreti della vita delle persone. Si è inizialmente ipotizzato che questo concetto potesse essere ricondotto al ruolo delle istituzioni locali (*cfr. Tabella 2*), ma evidentemente gli ambiti in cui agisce sono molto variegati e sarebbe riduttivo rapportare cause ed effetti della normatività esclusivamente all'ambito delle norme formali, che pure spesso riguardano livelli diversi da quello del governo locale. Come si è visto e si proverà a far emergere negli studi di caso, un effetto importante sulla percezione della salute e sullo stesso accesso all'ambito sanitario può essere ricondotto a norme sociali più che a prescrizioni istituzionalizzate. Ad esempio, come ricordato precedentemente, uno degli effetti più

²⁰⁸ Per un prospetto approfondito dell'introduzione del tema del corpo nella sociologia della salute italiana si rinvia a Ingrosso M., *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, Franco Angeli, Milano 2015.

rilevanti per quanto riguarda l'ambito di questa ricerca è la ricaduta sociale delle certificazioni mediche.

In parte legato al tema della normatività vi è il concetto di *discrezionalità* emerso soprattutto dall'indagine etnografica, ma che si ritrova anche nella letteratura precedentemente richiamata²⁰⁹. Con questo concetto si vogliono mettere in evidenza soprattutto due aspetti: da un lato vi è il fatto che le sperimentazioni indagate si basano, soprattutto in Italia, su disponibilità volontarie e dunque non forniscono, per loro stessa natura, una garanzia di continuità né di esplicita codificazione che possa essere immediatamente evidente a chi si avvicina alla singola esperienza. È necessario accennare fin da subito, ma sarà ripreso dettagliatamente, come spesso la presenza di volontariato finisca per supplire a condizioni di assenza di diritti o di strumenti per ottenere quei diritti. Questa considerazione apre ad un secondo aspetto legato alla discrezionalità riconducibile in questo caso a quanto avviene in relazione al servizio pubblico perché, ad esempio, come si vedrà nel prossimo capitolo, il fatto che a Napoli molte strutture che svolgono servizio pubblico siano in realtà convenzionate, implica che, pur dovendo sottostare a determinati standard, hanno un maggior margine di manovra, una maggiore discrezionalità appunto, nel fornire i servizi che ricade poi sulla possibilità per i cittadini di veder riconosciuto il proprio diritto alla salute.

A partire da questo si è voluto considerare anche il concetto di *universalità*. Cercando con questa ricerca di risignificare la salute oltre i confini della sanità, il tema dell'universalità del diritto alla salute assume tratti problematici particolari. Come si argomenterà nelle conclusioni provando a tirare le fila della riflessione sul tema di quella che si prospetta come una vera e propria crisi dell'universalità del diritto alla sanità, le difficoltà sociali ed economiche stanno pesando in maniera significativa sulla possibilità per un numero crescente di persone di accedere al servizio sanitario e di farlo in modo degno senza trovarsi ad affrontare liste d'attesa di molti mesi o in strutture carenti di servizi essenziali. Ma se la constatazione di una progressiva erosione del diritto all'accesso ai servizi sanitari è stata presa in esame nei capitoli precedenti ed informerà anche i casi di studio, includendo le forme di resistenza che si oppongono a questa tendenza, rimane aperto l'interrogativo di come garantire l'universalità del diritto alla salute in tutti gli ambiti non sanitari.

Come anticipato, vi sono altri concetti utili ad arricchire quello di salute ai fini di questa ricerca emersi in particolare in relazione alle sperimentazioni considerate negli studi di caso.

Un concetto da esaminare con attenzione è quello di *sussidiarietà* (Caffentzis e Federici, 2013) con cui ci si vuole riferire alla possibilità che sperimentazioni volontarie o autogestite si ritrovino a

²⁰⁹ Ci si riferisce in particolare a quanto considerato nei paragrafi 1.2 e 2.2.

svolgere funzioni di competenza del servizio sanitario pubblico. I rischi in questo senso sono molteplici, ma qui si vuole mettere l'accento da un lato sulle implicazioni relative ad una progressiva perdita di garanzie per la popolazione, dall'altra sul fatto che queste sperimentazioni vengano esposte ad una massiccia richiesta proveniente da fasce della popolazione che per ragioni differenti non trovano (più) nel sistema pubblico una risposta ai propri bisogni. Come verrà descritto nei prossimi due capitoli e ripreso nelle conclusioni generali, si è provato a comprendere, attraverso le parole degli intervistati, se l'effetto di sussidiarietà sia reale nella quotidianità delle loro pratiche e come viene vissuto.

Il concetto di *processualità* emerge nell'ambito di questa ricerca sia relativamente alla continuità relazionale e ai percorsi di costruzione autonoma di uno stato di benessere per le persone che si avvicinano a queste esperienze, sia come processo di trasformazione interna delle sperimentazioni indagate sulla base dei diversi elementi esogeni che si sono presentati nel corso del tempo. Come si vedrà in rapporto agli aspetti considerati in Tabella 2, molti degli elementi presi in considerazione per delimitare i casi di studio hanno caratteristiche contingenti che dunque, a fronte di eventuali mutamenti delle condizioni circostanti, possono far presumere ulteriori evoluzioni. Sarà interessante nei prossimi capitoli e poi riassuntivamente nelle conclusioni, tracciare i processi trasformativi che hanno accompagnato, nel corso di pochi anni, lo sviluppo delle diverse esperienze considerate anche per poter mettere in evidenza la relazione di questi cambiamenti con fattori specifici.

Si è voluto indagare approfonditamente anche il concetto di *partecipazione* perché, oltre ad essere emerso significativamente in letteratura²¹⁰ e nella fase di lavoro sul campo, questo elemento permette di far scorrere lo sguardo dalla dimensione interna delle esperienze considerate al contesto in cui esse si sono sviluppate fino ad accompagnare riflessioni a più ampio raggio sulle modalità delle relazioni sociali in generale. Indagare le proposte partecipative in salute permette di analizzare i casi studiati considerando teorie elaborate in contesti socio-geografici differenti, ad esempio ponendo l'accento sul tema della salute comunitaria come strumento delle popolazioni per costruire un'idea di salute e una dimensione sociale e relazionale basata su principi differenti rispetto agli attuali biomedici. Tra l'altro, un attento esame del concetto di partecipazione permette anche un approfondimento sulle forme di organizzazione del lavoro, ad esempio riprendendo le esperienze di lavoro in équipe che hanno contraddistinto in Italia i consultori familiari (*cfr. infra 1.3*), ma che attraversano i Centros di Atención Primaria catalani²¹¹.

²¹⁰ Si veda ad esempio la teorizzazione del Buen vivir e quelle sulla salute comunitaria riportate nel secondo capitolo.

²¹¹ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo quinto.

Strettamente legato al concetto di partecipazione vi è quello di *relazioni*. Come emergerà in modo netto dai due studi di caso, un aspetto fondamentale per le esperienze indagate è la ricostruzione, pur espressa in termini diversi, di coesione sociale e dunque di relazioni tra gli appartenenti alla comunità di riferimento²¹². Assumere la centralità del concetto di relazione permette anche di indagare sia come oggi si articolano i rapporti con le istituzioni politiche e sanitaria, sia come avviene l'interazione tra le esperienze indagate e gli operatori, i professionisti della sanità coinvolti a vario titolo da queste sperimentazioni. Entro il concetto di relazioni si vuole riportare il tema della continuità relazionale, anch'esso relativo alle pratiche indagate, ma anche alle difficoltà presenti nei servizi pubblici di espletare una funzione di costante promozione della salute. Vi è inoltre un ulteriore aspetto che può essere ricollegato al concetto in esame e cioè quello delle relazioni genealogiche che gli intervistati pongono in evidenza quando ricostruiscono le origini della propria esperienza.

Per concludere questa breve descrizione dei principali aspetti considerati, si vuole richiamare qui una coppia di concetti e cioè *autonomia* e *assistenza*. Proprio nello spazio tra questi due poli si può aprire un ragionamento su quale possa o debba essere oggi il compito di un rinnovato servizio sanitario. Come si approfondirà nella parte conclusiva di questo lavoro alla luce di quanto emergerà dai casi studiati, un interrogativo importante per comprendere il ruolo giocato dai diversi approcci al tema della salute è proprio la riflessione sul tipo di supporto che si intende fornire all'utente. Da un lato vi è la scelta di assisterlo nel momento di bisogno, dall'altro si configura la possibilità di elaborare strumenti volti a costruire percorsi di consapevolezza e autonomia che, contribuendo al benessere generale della persona, permettano una migliore qualità di vita.

Quadro sinottico degli aspetti critici considerati

Sono stati fin qui presentati i concetti che hanno fatto da sfondo e da guide a questo lavoro, si procederà ora a descrivere le aree di indagine entro cui sono stati messi a fuoco i principali aspetti critici considerati in questo studio rappresentati schematicamente in Tabella 2.

Istituzionali locali	Politiche	amministrazioni municipali progressiste
		ruolo dei sindaci su salute
		finanziamento/riconoscimento formale
	Sanitarie	formazione del medico/costruzione sociale del medico
		finanziamento/riconoscimento formale

²¹² Pur riconoscendo la delicatezza del termine comunità, si utilizza qui con questo significato alla luce dell'uso che ne viene fatto in particolare, come si vedrà più avanti, dagli attivisti napoletani.

Crisi economica e austerità	Su popolazione	lavoro/disoccupazione/maggiore incertezza economica
		accentuazione disuguaglianze sociali
		stato di salute delle popolazioni
	Su sistema sanitario	Accesso
		organizzazione del lavoro
Reti territoriali informali		critica biomedicina - sperimentazioni altre/iniziative
		comunità/collettività
		relazione con operatori sanitari
		genealogia dei movimenti per la salute/mutualistici
		non neutralità dei corpi

Tabella 2 - Quadro sinottico degli aspetti indagati

A partire dagli obiettivi e dalle ipotesi iniziali alla base del disegno di questa ricerca, si è voluta concentrare l'attenzione sul ruolo avuto dalle istituzioni locali, dalla crisi economica e dalle politiche di austerità e dalle reti territoriali sulla nascita e lo sviluppo delle esperienze di salute qui analizzate. Si è innanzitutto ritenuto necessario distinguere tra le istituzioni locali di tipo politico, cioè le amministrazioni comunali di Napoli e Barcellona²¹³ e quelle sanitarie e dunque la ASL Napoli 1 e l'Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona.

A ciascuna di queste aree di indagine sono stati associati alcuni aspetti specifici indagati nel corso di questa ricerca che, in aggiunta ai concetti già posti in evidenza, permetteranno di delineare un quadro complessivo delle dimensioni analizzate nel corso di questo lavoro.

Il primo fattore preso in considerazione è il ruolo avuto dalle istituzioni politiche locali in rapporto alle reti territoriali e alle esperienze indagate. Si è dunque partiti dalla constatazione che in entrambe le città considerate siano stati eletti nell'ultima tornata elettorale²¹⁴, sindaci con esplicita attenzione alle istanze sociali e disposti ad interagire con i movimenti sociali (*cfr. infra cap.4 e 5*). Nel corso del lavoro sul campo è emerso un elemento ulteriore che porta a propendere per una significatività di questo aspetto, e cioè la "scoperta" delle funzioni sindacali relative alla salute ed in particolare, come si vedrà più in dettaglio nel capitolo dedicato al caso napoletano, il fatto che siano attribuite al primo cittadino le funzioni di garante della salute dei suoi concittadini. Un ulteriore aspetto su cui si è voluta focalizzare l'attenzione nei due studi di caso è quello relativo al ruolo delle amministrazioni riguardo il riconoscimento formale delle esperienze indagate oppure di finanziamento delle stesse. Ad esempio, nel caso barcellonese sia le istituzioni regionali che quelle cittadine contribuiscono

²¹³ Come emerso nel capitolo 2 e sarà poi dettagliato per entrambi i casi indagati, in realtà sia per quanto riguarda la Catalogna che la Campania vi sono delle implicazioni relative anche all'ambito regionale soprattutto per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria e amministrativa oltre che per i finanziamenti.

²¹⁴ Le ultime elezioni amministrative a Barcellona si sono svolte nel 2015 e a Napoli nel 2016.

economicamente al supporto dei progetti del Piano di Poble Sec. Tornando al caso italiano, invece, si vedrà nel capitolo ad esso dedicato come una rete territoriale, il Coordinamento campano per la salute, abbia richiesto l'istituzione di una consulta comunale tematica a cui potessero partecipare anche singoli cittadini e gruppi informali e questa sia stata approvata dal sindaco come strumento di consulenza e supporto proprio nello svolgimento delle funzioni di garante della salute dei cittadini. Come si è visto nella letteratura presentata e come verrà ripreso nel capitolo conclusivo, in realtà il tema del riconoscimento di istanze politiche da parte delle istituzioni è molto complesso e pone ulteriori problemi relativamente alla possibilità per i soggetti che hanno elaborato queste sperimentazioni come strumenti di rivendicazione politica di portare avanti la propria proposta con la stessa capacità conflittuale (Pitch, 1989). Aspetti connessi a questo verranno poi ripresi relativamente al ruolo delle reti territoriali informali.

Rimanendo nel quadro delle istituzioni locali, si sono voluti indagare gli aspetti specifici relativi al ruolo o all'influenza che possono avere le istituzioni sanitarie a livello territoriale ed in particolare si è voluto mettere in evidenza come, confermando quanto emerge in letteratura (Quaranta e Ricca, 2012; Aa.Vv., 2013), anche nei due contesti presi in esame il ruolo della formazione medica e della costruzione sociale del medico ricadano direttamente sull'approccio che i sistemi sanitari hanno nell'affrontare il tema della salute. In particolare è interessante richiamare il fatto che una formazione classicamente intesa come biomedica porti di fatto ad un processo di spersonalizzazione del paziente. Come si è visto (*cfr. infra cap. 1*) questo incide non solo sulla relazione medico-paziente, ma anche sulla percezione che il medico ha dei fattori soggettivi portati dalla persona con cui si trova ad interagire. E questo riguarda, tra le altre cose, la percezione delle disuguaglianze di salute di ordine sociale.

Procedendo con gli aspetti considerati, si è presa in esame l'influenza della crisi economica e delle politiche di austerità sulla popolazione e sui sistemi sanitari pubblici. A questo proposito l'analisi della letteratura e l'aver ripercorso lo sviluppo del sistema sanitario nazionale italiano e del sistema sanitario catalano ha permesso di mettere in evidenza (*cfr. infra 2.2 e 2.3*) come sicuramente sia riscontrabile un peso specifico delle politiche seguite alla crisi economica scoppiata nel 2008, ma è altrettanto evidente che esse si sono innestate su un processo di privatizzazione avviato nei decenni precedenti. Fin dagli anni Novanta infatti, in entrambi i contesti nazionali italiano e spagnolo, si era avviato un processo di trasformazione della sanità orientato ad una progressiva aziendalizzazione dei servizi. Il tema è stato approfondito nel secondo capitolo, ma per meglio analizzare questi aspetti ci si è voluti concentrare sulle implicazioni da un lato sulla popolazione e dall'altro sui sistemi sanitari. Per quanto riguarda il primo aspetto, va sottolineato come nei sistemi considerati l'accesso ai diritti

sociali sia fortemente connesso allo status di lavoratore e si è dunque voluto riflettere in particolare su tre circostanze: in primis la maggiore incertezza economica derivata da un aumento dei disoccupati e delle persone che si trovano in condizioni di lavoro precarie e temporanee, con la conseguente riduzione dei diritti di accesso al welfare. Un secondo fattore considerato è stato l'aumento delle disuguaglianze sociali a seguito di una riduzione dell'accesso al reddito, cui è connesso anche il terzo aspetto e cioè come questi elementi siano intervenuti sullo stato di salute delle popolazioni (Cardano, 2008; Wilkinson Pickett, 2009).

Il tema della crisi economica inserita in una fase di trasformazione dei sistemi sanitari ha però inciso anche sull'organizzazione del lavoro nei sistemi sanitari. Secondo quanto riportato nel secondo capitolo e quanto si evidenzierà per i casi considerati, la riduzione dei finanziamenti alla sanità, accompagnata da modificazioni delle richieste operative ha portato ad una ricaduta diretta sui lavoratori che si sono trovati a dover far fronte ad un maggiore carico di lavoro e a blocchi delle assunzioni che hanno contribuito a gravare sulla capacità di fornire servizi di qualità.

Vi è infine da considerare il ruolo agito dalle reti territoriali informali e dunque dalle molteplici forme di associazionismo, movimenti sociali, volontariato che arricchiscono il tessuto sociale coinvolto nei due studi di caso. Se a Napoli, come si vedrà, praticamente tutti i gruppi considerati possono essere ricondotti alla galassia dei movimenti sociali²¹⁵, nel caso barcellonese lo sviluppo dei progetti indagati vede una partecipazione e collaborazione di gruppi informali, movimenti sociali, associazioni e strutture istituzionali di quartiere come ad esempio la Coordinadora di Entitats, ma anche i Centri di Atención Primaria. Una parte importante che si è voluta mettere a verifica è stata proprio la presenza, al di fuori dei percorsi strettamente legati alla salute e oggetto di questa indagine, di un contesto attivo, che vede la presenza di altre iniziative di tipo sociale entro cui le esperienze indagate sono state formulate o si sono sviluppate.

Concentrando l'attenzione sulle reti territoriali si è voluto inoltre comprendere come le iniziative da loro promosse e qui considerate si rapportassero al paradigma biomedico. Alla luce delle critiche prese in esame attraverso la letteratura, ed in particolare quelle mosse dalla medicina sociale e dai movimenti femministi approfondite nel primo capitolo, si è voluto indagare come le progettualità oggetto della ricerca si pongono nei confronti della biomedicina ed in particolare come elaborano proposte alternative e si approcciano ai limiti sempre più evidenti del sistema sanitario (*cfr. infra cap.*

²¹⁵ Per brevità si è voluto richiamare così questo aspetto perché prevalente rispetto ai casi considerati, ma come verrà descritto nel quarto capitolo le realtà attive a Napoli sul tema della salute e formalizzate come fondazioni o enti di volontariato o associazionismo, laiche o religiose, sono decine. In particolare, rispetto all'indagine condotta sul campo non possono essere fatte rientrare nella fattispecie delle iniziative riconducibili ai movimenti sociali l'ambulatorio di Emergency a Ponticelli o quello rivolto specificamente ai migranti presente presso l'ospedale Ascalesi. Si rinvia per maggiori dettagli al quarto capitolo.

2). Ciò che risulta, come verrà poi spiegato compiutamente nell'analisi conclusiva, è che si potrebbero immaginare di collocare le varie iniziative e posizionamenti dei gruppi intervistati in una sorta di continuum con un estremo orientato alla sperimentazione pura e l'altro rivolto all'intervento in difesa del sistema sanitario pubblico. Questo emerge in modo molto netto relativamente al caso di Napoli, mentre per quanto riguarda Barcellona e Poble Sec in particolare, probabilmente proprio per il diverso coinvolgimento degli operatori, altro concetto al centro di questa analisi, il tema delle iniziative volte a tutelare il servizio pubblico è presente, ma non direttamente integrato nelle attività della Commissione salute esaminata ai fini di questa ricerca.

Un altro aspetto importante per quanto riguarda il ruolo delle reti territoriali è quello relativo alla costruzione di comunità²¹⁶, qui intesa come entità volta a sostenere e rafforzare i rapporti sociali. Sia a Napoli che a Barcellona emerge in modo chiaro l'attenzione specifica portata dagli attivisti delle diverse situazioni nella creazione di comunità e di una spinta orientata a promuovere una maggiore coesione sociale. In questo senso, il proponimento di molte di queste attività volto a stimolare nelle persone coinvolte l'attenzione alla salute in termini olistici e relazionali permette di richiamare l'attenzione anche sul concetto della *costruzione sociale del paziente*. Si approfondirà il tema anche in questo caso nell'analisi conclusiva, ma fin da ora si può accennare che a fronte di una dimensione sanitaria biomedica orientata all'intervento sul singolo paziente, le forme partecipative avviate in seno alle realtà considerate in questa ricerca, portano nella direzione di una salute molto più legata alla dimensione sociale e meno all'individualità.

Si è inserito tra gli elementi utili ad arricchire la riflessione anche uno sguardo sulla relazione tra reti informali e operatori sanitari, in parte richiamata a proposito del concetto di relazioni, a partire in questo caso dal fatto che nei casi studiati emerge il coinvolgimento di alcuni lavoratori dei servizi, in modo più o meno formale e strutturale entro le sperimentazioni avviate dalle reti territoriali. Questo significa, ad esempio per quanto riguarda gli ambulatori considerati a Napoli, che medici e altre figure prestano volontariamente le proprie competenze e il proprio tempo. Nel caso barcellonese, invece, il tempo dedicato al Piano comunitario dagli operatori sanitari, o meglio da chi viene indicato come responsabile del progetto da ciascuna struttura, è previsto nell'orario di servizio. Questo implica una potenziale maggiore disponibilità dei lavoratori a seguire il progetto, ma anche il riconoscimento non solo dell'attività del singolo operatore, ma anche del valore attribuito all'intero progetto. Il tema della

²¹⁶ Come noto il termine comunità rinvia a definizioni complesse a partire dalla sociologia classica (Weber, 1922; Durkheim, 1893; Simmel, 1908; Parsons, 1951). In questo caso si proverà nelle conclusioni a ricostruire il significato che viene attribuito al termine dagli intervistati che utilizzano molto spesso questa espressione sia nelle risposte alle domande sia nella comunicazione pubblica tramite volantini e documenti.

relazione con gli operatori è connesso, dunque, anche a quanto visto in precedenza relativamente all'organizzazione del lavoro e al riconoscimento che viene fatto dalle istituzioni politiche e sanitarie.

Sempre in rapporto al ruolo giocato dalle reti territoriali informali, si è considerata la presenza nelle sperimentazioni esaminate del tema della non neutralità dei corpi non solo, come si è accennato rispetto al concetto stesso di corpo, da un punto di vista teorico, ma anche nella ricerca o avvio di relazioni con gruppi femministi presenti nel territorio. Come si vedrà, questo è un fattore che si presenta in modo disomogeneo nei casi considerati, ma sembra però emergere, soprattutto in alcune sperimentazioni del contesto napoletano, una continuità con alcune teorizzazioni femministe precedentemente analizzate, in particolare relativamente alle tematiche della sessualità e delle relazioni affettive (*cfr. infra 1.3 e cap. 4*).

In conclusione si vuole porre l'accento sul fatto che le sperimentazioni e le riflessioni sulla salute hanno radici storiche importanti in Italia e, come si accennerà in riferimento al caso barcellonese, una simile attenzione alla propria tradizione mutualistica è stata riscontrata anche in Catalogna, pur riferita al periodo storico precedente la Guerra civile (1936-1939). Entro questa genealogia si riconosce non solo una sensibilità teorica specifica, ma anche una particolare attenzione alle pratiche agite e considerate non solo come strumento operativo, ma anche come elemento di rielaborazione critica da parte delle stesse persone coinvolte.

Seppur riportando qui in modo schematico concetti e aspetti emersi nel corso della ricerca, si è inteso spiegare le ragioni e le modalità utilizzare per tenere conto sia degli aspetti relativi alle ipotesi iniziali da cui ha preso le mosse questo lavoro, ma anche di quanto emerso nel corso dell'analisi della letteratura e degli approfondimenti empirici. Tratteggiarli qui vuol essere un modo per fornire una griglia di riferimento utile nel percorrere il lavoro di analisi delle interviste e dei materiali prodotti dalle varie esperienze. Questo schema sarà poi ripreso nel capitolo conclusivo per ripartire dai concetti al centro dell'analisi e, alla luce di quanto emergerà dagli studi di caso, comprendere in che modo essi sono stati utili e abbiano permesso di produrre le riflessioni conclusive di questa ricerca.

3.2 – Uno sguardo situato

Scrivi Ranci: “La ricerca sociale non può così nascondersi, come proposto dagli approcci ancora dominanti, dietro l’illusione di mantenere una posizione neutrale e distaccata dal mondo che osserva. L’occhio del ricercatore è infatti costitutivamente riflessivo: gettando il suo sguardo sul mondo, lo ricostruisce secondo il proprio schema mentale.” (Ranci, 1998:47). Ed è in questo senso che si vuole ora dedicare un breve spazio alla descrizione dello sguardo utilizzato nello sviluppo di questa ricerca ricostruendo le ragioni da cui ha preso avvio ed esplicitando i ragionamenti che l’hanno accompagnata.

Lo spunto di partenza per l’elaborazione del progetto e poi nella pratica della ricerca è stato l’interesse sviluppato nell’arco degli ultimi anni di studi universitari a proposito della correlazione tra gli studi di genere e femministi e le elaborazioni relative alla salute. Un primo approfondimento a questo proposito c’è stato in occasione della stesura della tesi di laurea magistrale in cui, concentrando l’attenzione sul caso di Padova, è stata ricostruita la genealogia dei consultori famigliari a partire da una delle sperimentazioni messe in atto dai movimenti femministi di allora che, nella città veneta, prese il nome di Casa per la Salute della Donna.

Probabilmente proprio la ricostruzione e approfondimento di quell’esperienza storica ha permesso di cogliere nel testo *Medici senza camice*²¹⁷ alcuni elementi di contatto tra la riflessione storica di una parte del femminismo italiano sul ruolo sociale della scienza medica e i ragionamenti nati in seno a quell’esperienza di socioanalisi narrativa di molti anni più recente. È da questa prima traccia che ha cominciato a prendere forma la definizione del nucleo centrale di questa ricerca. In modo particolare ciò che sembrava risuonare tra le due posizioni era la tensione di entrambe a considerare la salute come benessere generale e la constatazione che, senza l’eliminazione delle disuguaglianze sociali strutturanti l’attuale sistema socioeconomico, non sarebbe stato possibile il raggiungimento di alcuna giustizia sociale né, dunque, del benessere per tutti e tutte.

L’interesse per questi temi non si è limitato all’ambito accademico, ma si è rafforzato entro la scelta di attivismo femminista di chi scrive che, come si proverà a spiegare in queste righe, è stato un contributo molto importante anche per l’elaborazione contenuta in questo lavoro. Come riportato più dettagliatamente nel primo capitolo, i temi del corpo e della salute sono stati centrali per molti movimenti femministi, storici e attuali, che da questo hanno orientato la propria proposta politica per la costruzione di un immaginario di benessere definito a partire da uno sguardo complessivo, attento alle differenze presenti, ma soprattutto all’individuazione e decostruzione delle linee di potere che le

²¹⁷ Autori Vari, *Medici senza camice*, *op. cit.*

riproducono. A seguito di un primo contatto con il percorso di ricerca-azione²¹⁸ del PHM Italia per un'intervista in quanto attivista femminista avvenuto durante la stesura della tesi magistrale, si è avviato con la Gruppo²¹⁹ un dialogo foriero di spunti che ha stimolato la volontà di provare a ricostruire in termini più puntuali e accademici una riflessione che tenesse assieme i molteplici stimoli, non limitandosi a considerarne le affinità teoriche, ma leggendoli attraverso le pratiche. Questi elementi biografici, così rilevanti rispetto al tema di ricerca, non potevano che porre interrogativi relativamente al ruolo di ricercatrice ed inoltre, intraprendendo un percorso di riflessione critica sul ruolo sociale del sapere (medico) e sulle implicazioni sociali che da esso derivano, è parso necessario affrontare alcuni degli interrogativi metodologici emersi relativamente al rapporto tra soggetto e oggetto della ricerca oltre che sulle finalità della stessa:

“Le scelte epistemologiche [...] influenzano il posizionamento intellettuale del ricercatore all'interno del panorama teorico della disciplina. Mettere in luce i presupposti epistemologici teorici e metodologici significa evidenziare e sottoporre ad analisi critica l'archeologia delle proprie scelte professionali e delle proprie interpretazioni (Bourdieu e Wacquant, 1992). [...] Il posizionamento intellettuale influisce anche sulle domande cognitive che un ricercatore è in grado di porsi a partire dal particolare sguardo che assume.” (Bacigalupo, 2007: p. 5)

Per provare a rispondere a tali quesiti, si è voluto approfondire e riportare nelle prossime righe una breve sintesi di alcuni scritti utili a sistematizzare il tema della riflessività nell'ambito della ricerca sociologica soprattutto per quanto riguarda la *situated knowledge* di matrice femminista di cui si proverà a restituire quello che, ai fini di questa ricerca, ha fornito le sollecitazioni principali.

Come ormai noto, per questa ricerca si è preso spunto dalle teorizzazioni della medicina critica italiana e dalle critiche femministe alla biomedicina per individuarne i punti di contatto e capire come si possano integrare e rafforzare a vicenda. Il tentativo fatto è stato quello di “documentare” le ipotesi (Gobo, 1998:102) a partire da un'analisi delle pratiche esistenti e sulla base delle domande di ricerca precedentemente indicate. Fin dalla prima stesura del progetto, è emerso come la letteratura specifica relativa alle pratiche di salute risulti molto limitata e non sono stati riscontrati contributi relativi alle esperienze concrete sviluppate nei territori considerati. Se alcuni articoli sono stati scritti relativamente al tema dell'autogestione di alcuni ospedali in Grecia²²⁰, poco emerge per ciò che

²¹⁸ Si veda quanto riportato nel capitolo 2. La metodologia della ricerca-azione è stata proposta per la prima volta da Kurt Lewin nel 1946.

²¹⁹ Si veda capitolo 2.

²²⁰ Sul tema delle cliniche greche autogestite si veda ad esempio Evlampidou I, Kogevinas M. *Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement*, in “Gac Sanit.” 2017. Per informazioni più dettagliate si veda anche Social Clinic of Solidarity – Salonicco <http://www.kiathess.gr/en/>

riguarda i casi italiano e spagnolo che pure, il primo con il moltiplicarsi di ambulatori popolari in diverse città e il secondo sulla spinta delle mobilitazioni della Marea Blanca, sono stati terreno fertile per la ricerca. Si è dunque optato per l'utilizzo di un approccio qualitativo che, attraverso l'indagine etnografica ed in particolare l'utilizzo di interviste semi-strutturate permettesse la ricostruzione delle esperienze italiane e spagnole a partire dalle parole degli attori in esse coinvolti. Questa scelta metodologica in particolare ha portato a ritenere necessaria una maggiore attenzione al posizionamento di chi ha svolto e analizzato le interviste. Può essere dunque proficuo tratteggiare qui l'ampio dibattito sviluppato attorno alle implicazioni di uno sguardo femminista nell'ambito della ricerca scientifica. Il punto di partenza di questo approccio teorico è che tutta la conoscenza sia situata e limitata, assolutamente non neutrale (Harding, 1986)²²¹; questo comporta che non esista un sapere oggettivo, ma che anzi, spesso, quando se ne parla in questi termini, si supponga una neutralità che parla però un linguaggio maschile, bianco, eterosessuale, benestante. Sarà poi Haraway a coniare la formula *situated knowledges* (saperi situati) per definire come non solo non possa esistere un sapere oggettivo, ma esso vada sempre calato nel contesto, spaziale e temporale, in cui viene prodotto, in cui nasce²²². Questo implica, aggiunge Haraway, che se da un lato il sapere non possa che essere limitato, dall'altro questa sua caratteristica non debba essere necessariamente uno svantaggio. L'autrice propone che questa parzialità possa essere rovesciata in una condizione vantaggiosa nel momento in cui ci si riconosce e posiziona al di fuori del paradigma di presunta oggettività o neutralità. Nel suo "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective"²²³ Donna Haraway si interroga e interroga su come coniugare un posizionamento radicale con un resoconto fedele del mondo reale (Haraway, 1988: p. 579) a partire dalla constatazione che la volontà non sia quella di "teorizzare il mondo, né tanto meno agire al suo interno in termini di Sistemi Globali, ma [che ci sia] bisogno di una rete di connessioni a livello mondiale, [che comprenda, che abbia] la capacità di tradurre parzialmente le conoscenze tra comunità molto diverse - e differenziate dal punto di vista del potere-. Abbiamo bisogno del potere delle moderne teorie critiche su come si fanno i significati e i corpi, non per negare significati e corpi, ma per costruire significati e corpi che hanno una possibilità di vita" (Haraway, 1988: pp. 579-580). L'autrice, e come lei altre autrici femministe, rivendica chiaramente la propria posizione:

²²¹ Per quanto riguarda la riflessione femminista sull'oggettività, va ricordato come questa abbia preso le mosse dall'analisi della ricerca quantitativa prima ancora che qualitativa.

²²² E questo vale, evidentemente, anche per il sapere cosiddetto scientifico. Si veda tra le altre, Intermann K., *Feminism, Underdetermination, and Values in Science*, in "Philosophy of Science", 72 (5), 2005, pp. 1001-1012.

²²³ Haraway D., *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*, in "Feminist Studies", vol. 14, n. 3, autunno 1988, pp. 575-599.

“La morale è semplice: solo una prospettiva parziale permette una visione oggettiva. Tutte le narrazioni culturali occidentali sull'oggettività sono allegorie delle ideologie che governano le relazioni di ciò che chiamiamo mente e corpo, distanza e responsabilità. L'obiettività femminista riguarda la posizione limitata e la conoscenza situata, non la trascendenza e la divisione del soggetto e dell'oggetto. Ci consente di diventare responsabili di ciò che impariamo a vedere.” (Haraway, 1988: p. 583)

È nell'analisi dei rapporti di potere che il tema dei saperi situati diventa decisivo rispetto alle scelte di ricerca perché, in accordo con Haraway,

“I punti di vista degli assoggettati non sono posizioni "innocenti". Al contrario, sono preferiti perché in linea di principio sono meno propensi a consentire la negazione del nucleo critico e interpretativo di tutta la conoscenza. Sono consapevoli delle forme di negazione attraverso la rimozione, la dimenticanza e la scomparsa degli atti - modi di essere da nessuna parte mentre pretendono di vedere in modo completo.” (Haraway, 1988: p. 584).

Ma è riferendosi al paradigma relativista che l'autrice mostra l'essenza della sua critica al sapere neutrale sottolineando come l'alternativa ad esso non sia una visione totalizzante e monolitica -sua versione speculare-, quanto piuttosto l'alternativa sia

“una conoscenza parziale, localizzabile e critica che sostiene la possibilità di reti di connessioni chiamate solidarietà in politica e conversazioni condivise in epistemologia. Il relativismo è un modo per non essere da nessuna parte e pretendere di essere ovunque allo stesso modo. L'"uguaglianza" del posizionamento è una negazione di responsabilità e indagine critica. Il relativismo è il perfetto specchio gemello della totalizzazione nelle ideologie dell'oggettività; entrambi negano la posta in gioco, l'incarnazione e la prospettiva parziale; entrambi rendono impossibile vedere bene. Il relativismo e la totalizzazione sono entrambi "trucchetti di Dio" che promettono una visione da ovunque e da nessuna parte in egual misura, miti comuni nella retorica che circonda la Scienza. Ma è proprio nella politica e nell'epistemologia delle prospettive parziali che risiede la possibilità di un'inchiesta sostenuta, razionale, oggettiva” (Haraway, 1988: p. 584).

Entro questo ragionamento un ulteriore utile strumento di riflessione è stato individuato nelle parole di Melucci e di Navarini relativamente al tema del potere nell'ambito della ricerca scientifica a partire dalla lettura che danno del ruolo del sapere: “un effettivo mutamento di paradigma si [può] raggiungere lavorando seriamente sui margini, forzando i limiti di un paradigma dominante”

(Navarini, 2008: p. 2)²²⁴. Altrettanto illuminante ai fini non solo della descrizione della metodologia, ma più in genere relativamente al rapporto tra saperi e società e gli effetti degli uni sull'altra, è un passaggio che Bacigalupo sintetizza così:

“Il sapere prodotto dai sociologi (e dagli altri scienziati sociali) diventa fonte di nuovi dati per gli attori e rientra nei contesti che analizza. In quanto sapere generalizzato sul mondo sociale, la sociologia produce un particolare tipo di sapere che entra ed esce dai propri confini disciplinari per mescolarsi ad altri tipi di interpretazioni e fraintendimenti. [...] In continuità con l'idea di Giddens, Melucci (1998) suggerisce come gli abitanti di società altamente differenziate e fondate sull'informazione siano diventati dei consumatori di ricerche sociologiche; i dati, infatti, vengono incorporati nelle pratiche quotidiane degli attori sociali²²⁵. [...] Il costituirsi di un vero e proprio mercato della ricerca sociale (accademia, professionisti, esperti, agenzie di ricerca, le istituzioni politiche ed economiche, i media, fruitori, ecc.) produce effetti sugli interessi dei committenti, sui modi di interpretare i dati e più in generale sulla produzione di conoscenza scientifica.²²⁶”
(Bacigalupo, 2007: p. 22)

Pare di ritrovare un richiamo a quanto visto prima nelle parole di Harding e Haraway, in ciò che Melucci e Navarini scrivono per esplicitare come “nel nuovo quadro epistemologico non si tratta di produrre conoscenze assolute ma interpretazioni plausibili [...] una epistemologia della plausibilità si sostituisce a una epistemologia della verità. Insomma, non sono in gioco solo i criteri con cui si determina la plausibilità [...] ma anche “i rapporti di potere all'interno dei quali una conoscenza diventa plausibile (Melucci, 1998)” (Navarini, 2008).

Uno dei temi che viene portato a galla entro il problema della riflessività riguarda dunque anche gli scopi e i risultati di una ricerca impostata secondo questo approccio. Il punto focale si sposta dalla ricerca di una presunta verità assoluta per concentrarsi sul processo di produzione della conoscenza attraverso la ricerca, e dunque rompendo con l'idea di una separatezza tra soggetto -ricercatore- e oggetto, riconoscendone l'impossibilità e dunque dando conto delle implicazioni di questa interazione e del suo progredire nel corso della ricerca. Scrive Navarini che “Uno dei vantaggi di questo genere

²²⁴ Sarebbe interessante approfondire a questo proposito il tema del privilegio che, citato da Melucci in riferimento alla condizione di chi produce conoscenza e discorso scientifico, non solo si presta ad essere indagato in rapporto al ruolo del medico, ma è anche uno dei temi strutturali della riflessione femminista, soprattutto a partire dal contributo delle autrici afro-discendenti. Si veda ad esempio Wekker G., *White innocence*, Duke University Press, 2016, ma anche Davis A., *Donne, razza e classe*, Ed. Alegre, 2018.

²²⁵ Si pensi ad esempio al tema della sicurezza pubblica. Su questo si veda anche Navarini G., 2008.

²²⁶ Si richiama qui quanto accennato a proposito dei LEA che da definizione dei principali servizi da fornire diventano gli unici su cui viene investito, e dunque diventano obiettivi dell'agire di un ospedale, perché utilizzati come indicatori al fine di distribuire i finanziamenti all'intero servizio. Su questi meccanismi in atto all'interno del mondo accademico, si veda ad esempio Pinto V., *Valutare e punire*, Cronopio, Napoli 2012.

di narrazioni – e non è poco – è che portano a conclusioni sempre contestabili non perché siano deboli ma per la loro complessità, e per il semplice fatto che si pongono – o almeno tentano di porsi – al di fuori della pretesa di verità, o meglio degli effetti di verità²²⁷” (Navarini, 2008).

È sempre Bacigalupo che scrive, riferendosi al lavoro di Colombo:

“La polifonia del testo riflessivo e il riconoscimento esplicito da parte dell’autore di star producendo un discorso situato, posizionato e specialistico sollecitano il lettore ad interrogarsi in prima persona sulle conclusioni del processo di ricerca; un testo riflessivo, infatti, non si conclude mai con una presa di posizione unica e definitiva, ma cerca di rendere la complessità del fenomeno studiato proprio dando voce alle intenzionalità discorsive e politiche presenti sul campo di ricerca (Colombo, 1998)” (Bacigalupo, 2007: pp. 21-22).

Un tema strettamente correlato a quanto fin qui richiamato è quello del ruolo della biografia del ricercatore che, stando alle parole di Melucci (1998) si trova in una posizione di privilegio data dal fatto che “nonostante sia un attore sociale come un altro, ha il controllo sulle risorse conoscitive” (Melucci, 1998). Ed è dunque da questo privilegio che discendono, per il ricercatore, delle responsabilità: “la responsabilità etica del ricercatore deve tenere conto della tensione tra i poli “rispondere di” e “rispondere a” (Melucci, 1998: p. 27). Il primo dei due poli si riferisce alla biografia, alla collocazione e al posizionamento del ricercatore; mentre il secondo si riferisce all’interazione con gli attori e, soprattutto, con le loro domande di giustizia sociale” (Bacigalupo, 2007: p. 24).

Il tema del ruolo della biografia del ricercatore sarà un elemento di studio anche per ciò che concerne le implicazioni relative all’accesso al campo o all’impostazione stessa della ricerca per cui, in accordo con Bourdieu, il ricercatore non si può limitare a darne conto, ma dovrebbe analizzare i modi in cui le proprie caratteristiche o posizionamenti influenzino il proprio modo di fare ricerca (1992). Come sta emergendo anche da questi brevi richiami, si vede come la riflessività viene definita in modi diversi in base a quali sono gli aspetti su cui si intende concentrare l’attenzione. Tra le molteplici definizioni di riflessività²²⁸ ci si riferisce qui a quanto scritto da Wacquant in riferimento alle posizioni di Bourdieu:

²²⁷ In nota nel testo originale: Foucault M., *Il discorso, la storia, la verità. Interventi 1969-1984* (a cura di Mauro Bertani), Torino, Einaudi, 2001

²²⁸ Oltre a quelle già evidenziate nel testo, si ricorda anche la “circolarità riflessiva” proposta da Spanti (2002: p. 253) secondo cui entro i processi riflessivi vengono prodotti i significati – storici e contingenti – dei modi di agire e pensare sia degli attori sociali oggetto d’indagine che dei ricercatori stessi. L’autore ritiene dunque che la conoscenza sociologica ed il senso comune si influenzino a vicenda.

“Bourdieu non ha mai smesso di volgere su di sé gli strumenti della scienza [...] La sua analisi degli intellettuali e in particolare dello sguardo oggettivante della sociologia, come pure il suo dissezionamento del linguaggio come strumento e posta in gioco del potere sociale, implicano e presuppongono un’autoanalisi del sociologo come produttore culturale e una riflessione sulle condizioni sociostoriche di possibilità di una scienza della società (Wacquant, 1990) [...] la riflessività richiede non tanto una introspezione intellettuale quanto piuttosto un’analisi e un controllo sociologico permanenti della pratica [...]” (Bourdieu e Wacquant, 1992: p. 32)

Anche il sociologo Navarini fornisce una propria descrizione della riflessività:

“invita a praticare un ragionamento consapevole sulla costruzione del sapere, sollecitando i ricercatori ad una pratica di ricerca tesa al riconoscimento dei legami che agiscono tra le dicotomie: una pratica consapevole del processo, continuo e circolare, di reciproca influenza tra ricercatore e campo e del carattere co-costruito di qualsiasi forma di conoscenza (Navarini, 2003); esorta, inoltre, i ricercatori ad un continuo ripensamento delle proprie scelte teoriche e pratiche, non come indice d’insicurezza o d’incertezza del progetto e del processo di ricerca, ma come un modo di fare i conti con le ambiguità in maniera virtuosa, trasformandole in risorse” (Bacigalupo, 2007: p. 23).

Gli interrogativi che si aprono a partire da questa prospettiva hanno portato ad una considerazione ulteriore. Sembrerebbe possibile riconoscere in questo approccio alla ricerca, non-neutrale sia nei contenuti che nei metodi, un’assonanza con alcune delle riflessioni riferibili al paradigma della salute globale. Affrontare il tema della salute da una prospettiva parziale e situata significa rimettere in discussione il significato che può essere attribuito al concetto di benessere, riconoscendo la specificità che assume in base ai contesti cui si riferisce, ma soprattutto cogliendo i rapporti di potere che agiscono nella sua definizione per un verso e nella possibilità stessa del suo attuarsi dall’altro. È proprio nel riconoscere la gerarchizzazione sociale e la riproduzione e alimentazione delle disuguaglianze prodotta dal sistema di potere odierno che uno sguardo femminista intersezionale può diventare strumento di arricchimento dell’analisi e al tempo stesso di decostruzione e trasformazione. Sono dunque queste le ragioni che hanno contribuito a decidere di accostare i due ambiti di riflessione per provare ad approfondire l’“intuizione” iniziale restando ancorati alle pratiche.

3.3 – La ricerca sul campo: aspetti generali

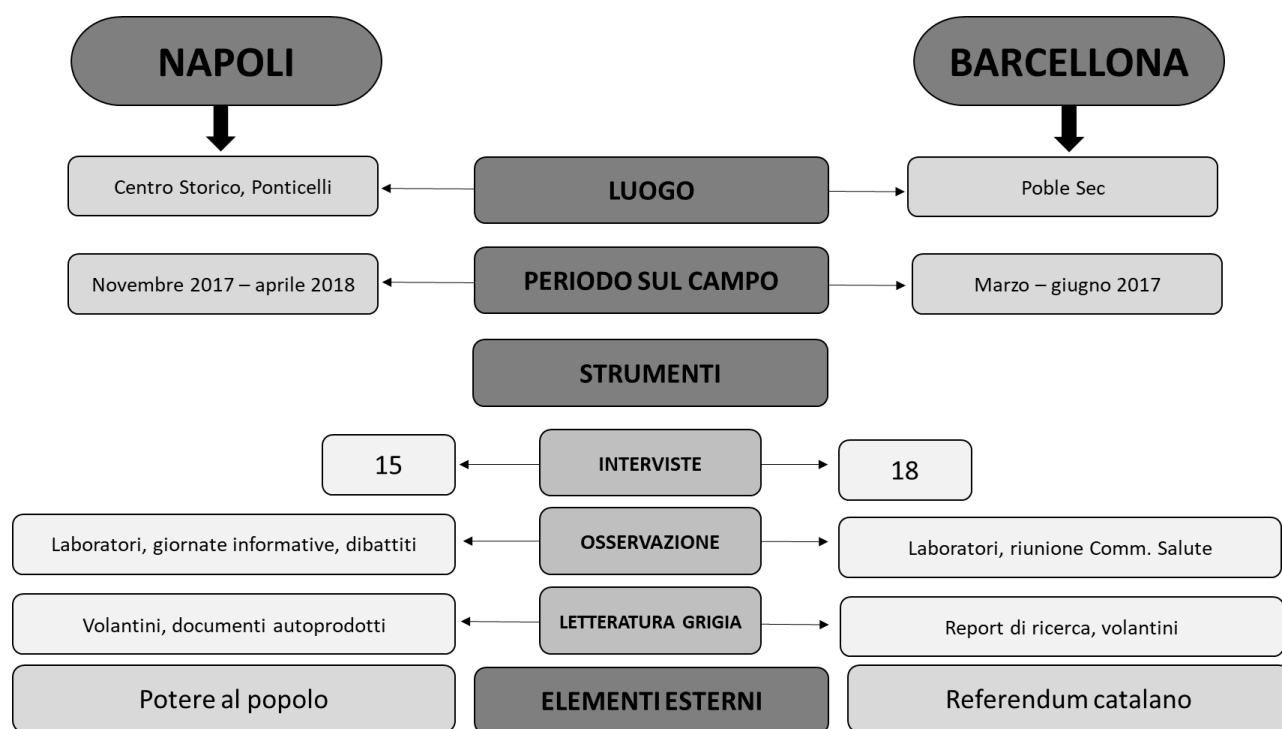


Figura 2 - Quadro sinottico delle attività sul campo. Napoli e Barcellona

L'ultima premessa all'analisi delle parole degli intervistati e delle informazioni emerse nel lavoro di campo è quella relativa al percorso di ricerca e agli strumenti utilizzati. Per descrivere il lavoro sul campo si è proceduto a definire un quadro sinottico delle attività svolte suddivise sui due casi di studio riportata in Figura 1. Si procederà dunque alla sua descrizione per poi soffermarsi sui limiti e le opportunità che si sono presentate nella fase di accesso al campo in ciascuno dei due contesti di ricerca.

Accesso al campo

Prima di entrare nel merito delle specificità dei due casi, si vuole sottolineare come, in fase di progettazione dell'attività sul campo era stata inizialmente individuata come principale oggetto di studio a Barcellona l'esperienza della Cooperativa Integral Catalana (CIC), attiva dal 2010, che aveva promosso un percorso di approfondimento sulla salute²²⁹. Questa esperienza ha individuato nella

²²⁹ Per la cronologia degli eventi che hanno portato alla nascita di questa esperienza si rinvia a <https://cooperativa.cat/es/que-es-la-cic-4/antecedentes/>

“chiamata alla rivoluzione integrale”²³⁰ uno dei propri pilastri teorici a cui si accompagnano dei “principi generali radicali”²³¹.

È soprattutto sui concetti economici che questa cooperativa si concentra proponendosi di istituire forme di scambio monetario e non, anche prevedendo l’uso di moneta complementare. Le forme organizzative vengono immaginate a partire dai principi evidenziati e dunque si strutturano a partire da modelli assembleari e di gruppi di lavoro in continuo scambio reciproco²³². Ciò che ha colpito di più all’inizio del percorso di ricerca era il fatto che la CIC si fosse dotata di un gruppo di lavoro, una *Comisió Salut*, che lavorava al fine di applicare i principi politici e teorici costituenti/constitutivi di questo progetto anche nell’ambito della salute. Ciò che emerge è che, pur riconoscendo la necessità delle lotte dentro la sanità pubblica per impedirne la privatizzazione, “È necessaria un’altra salute, un nuovo paradigma che apra la strada per lo sviluppo di un sistema di salute esterno al modello egemonico. La salute pubblica cooperativista nasce dal fondamento storico del movimento popolare in difesa della salute come diritto.”²³³ (CIC, 2010). La proposta che viene avanzata da questa esperienza è dunque quella dell’autogestione anche nell’ambito della salute basata su un modello che chiamano Sistema di Salute Pubblica Cooperativista (SSPC) e di cui sintetizzano le caratteristiche principali secondo questo schema:

“- Umanizzazione della salute

- Modello biopsicosociale, culturale, etico e spirituale che dia priorità alla prevenzione e alla promozione della salute
- Sistema in cui la persona sia soggetto attivo e responsabile del mantenimento della propria salute
- Unificazione della medicina secondo i bisogni della persona e non quelli del mercato
- Uso efficiente delle risorse: diminuzione delle istituzioni, delle tecnologie e dei farmaci, eccetto quanto sono realmente necessari
- Partecipazione diretta della comunità nella salute” (CIC, 2010)

²³⁰ Per quanto riguarda i fondamenti di questa impostazione, si veda <http://integrarevolucio.net/es/revolucion-integral/bases-ideologicas-del-llamamiento/>

²³¹ Si ritrova ad esempio nei principi di trasformazione sociale “Interesse per il bene comune e per stare bene in sé; Transizione fondata nella quotidianità che porti ogni volta più vicini a convertire l’utopia in realtà; cooperativa inclusiva e (*enredadora*) coinvolgente, agitatore per tutta la società” nei principi relativi alla società “autorealizzazione e mutuo supporto; impegno e autovalutazione; condivisione delle nostre pratiche con tutta la società”, in quelli relativi all’organizzazione politica: “Democrazia: diretta, deliberativa, partecipativa; autogestione e decentramento; trasparenza; sussidiarietà: dal locale al globale; assemblearismo”.

²³² Per dettagli più specifici sulla forma organizzativa di cui si è dotata la CIC si veda <https://cooperativa.cat/es/que-es-la-cic-4/como-nos-organizamos/>

²³³ Si rinvia alla pagina del loro sito in cui viene descritto nello specifico il loro approccio alla salute <https://cooperativa.cat/es/sistema-publico-cooperativo/salud/>

Cogliendo come questi principi richiamassero molti dei presupposti della salute globale, la ricerca è stata impostata inizialmente per indagare questa pratica, fortemente orientata all'idea della salute come bene comune. A seguito dei primi contatti con gli attivisti si è però verificato che il progetto non ha mai concretizzato delle pratiche specifiche, ma ha organizzato qualche incontro pubblico sul tema²³⁴.

Questa difficoltà iniziale ha portato però all'incontro, negli stessi giorni, con un'attivista femminista e psicologa attiva nel gruppo di *Psicologos sin fronteras* che, a fronte della richiesta di un consiglio rispetto alle difficoltà incontrate nel primo contatto con la CIC, ha esposto i progetti promossi in uno dei quartieri in cui la loro associazione è attiva, il *barrio* (quartiere) di Poble Sec. Verrà fornito un quadro specifico del quartiere e del progetto introducendo i dati raccolti nel quinto capitolo, ma qui si vuole mettere in luce come, nonostante la difficoltà iniziale dovuta alla necessità di individuare un'altra esperienza, questa seconda occasione si sia rivelata estremamente interessante per considerare non solo le esperienze di partecipazione in salute “dal basso”, ma anche quelle istituite ufficialmente nell'area barcellonese. Come si è accennato e si vedrà meglio in seguito, molti dei progetti finanziati dalle istituzioni locali e avviati nei quartieri che presentavano maggiori problemi sociali a partire dai primi anni Duemila sono stati connotati da un'attenzione specifica ad un lavoro di significazione della salute che andasse oltre l'impostazione biomedica.

Ha preso dunque le mosse da questo primo contatto il lavoro sul campo relativo all'esperienza del Plan Comunitari di Poble Sec ed in particolare del gruppo di lavoro attivo al suo interno chiamato Comisiò Salut²³⁵. È dentro questo ambito che ha cominciato a delinearsi il primo caso di studio e sono stati avviati i contatti per le interviste. Come si dettaglierà nelle prossime pagine, la scelta è ricaduta sia su persone coinvolte in maniera strutturata all'interno del progetto, che su alcuni abitanti del quartiere e attivisti di realtà non interne al Plan Comunitari per poterne fornire una migliore contestualizzazione e cogliere la dimensione di rete locale sviluppata nell'area considerata.

Il secondo, cronologicamente, accesso al campo, ha riguardato il caso napoletano e si è basato prevalentemente su contatti personali nati in seno alle attività della Gruppo. Proprio a Napoli nel giugno 2016 si era svolta una delle residenziali previste dal progetto del PHM ed era stata una prima occasione per entrare in contatto con molti degli attivisti coinvolti da progetti sulla salute nella città partenopea. In particolare, l'aver facilitato uno dei tavoli di lavoro in cui si metteva a tema il rapporto

²³⁴ Uno di questi, sul tema dell'agopuntura collettiva, si è svolto durante la permanenza a Barcellona e dunque si è colta l'opportunità di partecipare. A seguito di questo, è stato possibile intervistare due attivisti che, a diverso titolo, lavorano nell'ambito della salute e interagiscono con il progetto della CIC. Anche le difficoltà incontrate nella realizzazione di questo progetto sono state oggetto di confronto.

²³⁵ In questo caso si è valutato opportuno riportare la definizione secondo la dicitura in catalano, ma si è proceduto fornendo una traduzione anche dei nomi ove necessario.

tra salute, legalità e legittimità delle pratiche, ha contribuito ad estendere la conoscenza ad un più ampio panorama di gruppi e attivisti cittadini. Proprio sulla base di quanto era emerso in quella prima esperienza a Napoli, si era valutato di concentrare l'attenzione del lavoro sul campo sulle attività della Rete per la Salute, un coordinamento informale di collettivi e gruppi che da diversi anni stanno facendo intervento sul tema, in modalità variegata e in diverse aree della città. Questo coordinamento aveva avviato i propri lavori sulla spinta della prima giornata internazionale per la tutela della salute pubblica, il 7 aprile 2017²³⁶, ma nei mesi in cui si è svolto il lavoro di campo a Napoli, tra novembre 2017 e aprile 2018, non ci sono state occasioni di incontro comuni a tutti i gruppi che ne facevano parte. I lavori sono stati quindi riorganizzati in modo da intervistare gli attivisti di diverse realtà attive nella zona del centro storico e nei dintorni in modo indipendente dalle attività della Rete. Fin da subito è emersa un'ampia presenza di esperienze che lavorano sulla tematica della salute. Per semplicità descrittiva, possono essere suddivise sostanzialmente in tre macro gruppi: i comitati di cittadini e operatori (in tutti i casi presi in esame, si è trattato di gruppi misti) nati in difesa di ospedali o altri spazi sanitari pubblici in via di smantellamento; ambulatori inseriti nella rete del terzo settore o del servizio pubblico, ma fortemente connotati dall'attenzione alle fasce più deboli della popolazione; collettivi politici che hanno avviato percorsi di intervento sulla salute attraverso l'attivazione di ambulatori autogestiti e altre iniziative pubbliche. Come si vedrà nel dettaglio con l'analisi delle interviste e dunque attraverso le voci degli stessi attivisti, questa suddivisione permette di cogliere le principali modalità di approccio al tema, ma risulta arbitraria e non realistica se si considerano le differenze tra gli approcci teorici e le pratiche utilizzate.

Un interrogativo che si è posto prima di accedere al campo in Spagna è stato quello relativo alla lingua. Pur avendo alcune conoscenze linguistiche di base dello spagnolo, si è preferito approfondirne l'uso attraverso due corsi universitari e una sistematica lettura di testi in lingua e ascolto di audio in spagnolo che permettessero un'implementazione delle competenze specifiche. Questa modalità di procedere ha permesso di sostenere le interviste, ma ha portato a dover richiedere in modo esplicito molte informazioni di contesto o sottotraccia culturali che parevano emergere nell'uso di alcuni termini. Nel caso dell'utilizzo di alcuni termini specifici in catalano o di espressioni dialettali nel contesto napoletano, importanti al fine di attribuire la corretta interpretazione al senso generale delle parole degli intervistati, è stato possibile avvalersi del supporto di alcune relazioni personali che hanno accompagnato il lavoro sul campo. Si darà conto di questo, ove necessario, in fase di restituzione delle informazioni.

²³⁶ Si veda capitolo 2.

Periodo sul campo

Per quanto riguarda Napoli, il lavoro sul campo è stato distribuito nel corso di cinque mesi, da novembre 2017 ad aprile 2018 ed è stato suddiviso in periodi di due o tre settimane continuative stabilite sulla base delle disponibilità degli intervistati e sulla calendarizzazione delle iniziative pubbliche.

Il lavoro sul campo a Barcellona si è concentrato nei quattro mesi tra marzo e giugno 2017 ed è stato continuativo dalla metà di aprile fino a fine periodo.

Strumenti di indagine

La scelta degli strumenti da utilizzare è stata conseguente a quanto presentato fino a qui relativamente alle scelte metodologiche compiute e alle implicazioni da esse derivanti. Si è presa dunque la decisione di raccogliere i dati prevalentemente attraverso interviste semi-strutturate.

Pur rinviando al prossimo paragrafo per il dettaglio relativo alle persone coinvolte dall'indagine, si accenna qui che le interviste svolte nel contesto napoletano sono state 15 mentre quelle svolte a Barcellona sono state complessivamente 18.

Alla luce di quanto valutato a proposito della riflessività, anche la decisione di svolgere le attività di osservazione in modo scoperto è stata conseguente, ma ho potuto constatare in quasi tutte le occasioni di incontro con persone coinvolte nei progetti con cui ho interagito che la mia attività di ricerca ha instillato soprattutto curiosità tra gli interessati e non ho riscontrato, sotto questo profilo, particolari difficoltà nell'interazione.

Come anticipato, un ulteriore strumento utilizzato è stato quello dell'osservazione di alcuni momenti di incontro collettivi sia a Poble Sec che a Napoli.

A Napoli i momenti collettivi osservati sono stati prevalentemente occasioni pubbliche quali lo svolgimento di laboratori o presentazioni di libri. Queste interazioni informali sono state occasioni preziose di confronto con le persone più o meno coinvolte dai processi indagati. Questo ha permesso scambi ulteriori oltre a quelli stabiliti dall'attività di ricerca ed ha contribuito a fornire elementi di riflessione sulle differenti prospettive che si intersecano entro queste attività. In particolare, è utile sottolineare che è stato possibile seguire due incontri laboratoriali del Presidio di Salute Solidale organizzati in collaborazione con la Casa delle Donne di Napoli sul tema della violenza di genere e della sessualità e che vi è stata la possibilità di osservare quanto accadeva nelle sale d'aspetto dell'Ambulatorio Popolare dell'Ex OPG - Je so' pazzo durante un pomeriggio dedicato alle visite

ginecologiche e alle ecografie mammarie. Ciascuna di queste occasioni ha contribuito a stimolare riflessioni più generali sulle modalità di azione di ciascun gruppo o progetto, ma anche di cogliere spunti utili per arricchire le definizioni di salute presentatemi dagli intervistati nel momento più formale dell'intervista. Quasi tutte queste occasioni sono avvenute a posteriori rispetto alle interviste ai partecipanti o attivisti e dunque solo in un paio di casi è stato possibile un confronto diretto con loro su alcune considerazioni relative a quanto era stato osservato.

Per quanto riguarda il caso barcellonese, si possono ricondurre le occasioni di osservazione essenzialmente a due tipologie: una relativa alla riunione periodica della *Comisiò Salut* che è previsto sia aperta a tutti i cittadini e le cittadine del quartiere. In questo caso l'invito alla partecipazione è arrivato dalla responsabile comunale del progetto e successivamente ribadito da alcuni intervistati. La riunione si è svolta a metà giugno 2017. L'altra occasione è legata ai momenti laboratoriali organizzati per la cittadinanza nel contesto del progetto *Equilibradament* attivi tra maggio e giugno 2017. Vi è stata l'opportunità, inoltre, a seguito dell'intervista fatta ad una dottoressa attivista di un sindacato autorganizzato di operatori sanitari, di partecipare ad una delle prime riunioni di questo gruppo nel giugno 2017. Purtroppo, le tempistiche previste in questo percorso di studi non hanno permesso di prolungare la permanenza e dunque l'osservazione dell'evoluzione di questi progetti e iniziative, a tutt'oggi attivi.

Un ultimo strumento utilizzato per analizzare i casi di studio è la letteratura grigia e cioè tutti quei materiali non ufficialmente pubblicati, ma utilizzati come veicolo di informazioni o di dibattito tra i soggetti intervistati. In particolare, per quanto riguarda Napoli, ciascun gruppo considerato in questa ricerca ha prodotto materiali di analisi della situazione della salute nel contesto in cui è attivo, descrittivi della propria proposta o di carattere prettamente politico (volantini, manifesti, documenti). I materiali sono stati forniti generalmente dagli intervistati oppure erano di libero accesso durante le attività sul campo. Nel caso barcellonese invece, proprio alla luce della strutturazione del Piano comunitario entro un contesto istituzionale e, come si vedrà nell'analisi, vista l'attenta e continua valutazione delle attività da parte dell'Agenzia di Salute Pubblica, sono stati presi in considerazione sia i materiali pubblicitari, volantini e dépliant delle iniziative e progetti proposti, ma anche i rapporti di ricerca (*diagnostico*) prodotti dall'Agenzia stessa e disponibili sul loro sito internet.

Fattori esterni

Si ritiene importante mettere in evidenza ora alcuni elementi di contesto da tenere presenti in fase di analisi dei dati. In entrambi i casi studiati è necessario annotare come, nel corso del periodo interessato

dalla ricerca, ci siano stati elementi non direttamente riconducibili ad ambiti di interesse della ricerca, ma potenzialmente connessi o collegabili soprattutto alla luce delle aree di indagine presentate nel primo paragrafo del presente capitolo. Rinviano ai capitoli analitici per tutto ciò che concerne gli aspetti relativi alle relazioni tra le amministrazioni locali e i progetti considerati, si vuole ricordare qui come sia l'amministrazione comunale napoletana che quella barcellonese abbiano mostrato, nel corso dei loro mandati, un'attenzione specifica alle istanze dei movimenti sociali. Se il sindaco De Magistris ha avuto ripetute occasioni di confronto con alcuni dei collettivi presenti sul territorio partenopeo a proposito di iniziative e, come si vedrà, mantiene uno spazio di dialogo, la sindaca Colau ha nella propria biografia una lunga esperienza militante soprattutto nei movimenti per il diritto all'abitare. Queste due situazioni peculiari di Napoli e Barcellona saranno oggetto di confronto con gli intervistati e dunque saranno riprese nelle riflessioni conclusive.

Si vogliono però sottolineare due elementi di contesto molto particolari che hanno attraversato i casi di studio: la nascita di *Potere al popolo* a Napoli e il referendum per l'indipendenza in Catalogna.

A Napoli ha preso avvio nel novembre 2017, quindi in corrispondenza dell'inizio delle interviste per questa ricerca, il progetto della lista elettorale *Potere al Popolo* che ha come promotori e principali protagonisti gli attivisti del centro sociale ex OPG – *Je so' pazzo* con cui sono state svolte alcune interviste relativamente alle attività del loro Ambulatorio Popolare. Questa iniziativa si è concretizzata allo scopo di partecipare alle elezioni politiche del maggio 2018 e dunque, soprattutto nell'area napoletana, ha influito in modo consistente sulle attività dei promotori proprio in coincidenza con l'attività di campo.

Per quanto riguarda Barcellona, invece, il 1° ottobre 2017 la Generalitat catalana ha promosso un referendum per l'indipendenza della regione dalla Spagna che ha avuto un importante impatto a livello politico e sociale. Al momento di chiudere il lavoro di campo, nel luglio 2017, non c'era la percezione, stando alle parole degli intervistati o ai momenti di confronto pubblici cittadini o informali, che i temi dell'indipendenza e dell'autonomia regionale avessero una particolare rilevanza. Non è possibile in questa sede descrivere dettagliatamente quanto accaduto²³⁷, né riferire nello specifico i posizionamenti politici e gli effetti avuti da questo evento, ma questa tematica è improvvisamente divampata nel dibattito pubblico spagnolo nell'arco di un mese circa²³⁸ per poi svilupparsi in un braccio di ferro istituzionale che è proseguito nei mesi successivi. Per quanto riguarda questa ricerca però, questi avvenimenti sono stati occasione per soffermarsi meglio sulle

²³⁷ Per una ricostruzione dei fatti si vedano lo speciale del quotidiano spagnolo *El País* https://elpais.com/tag/dui_declaracion_unilateral_independencia_cataluna/a/ e del quotidiano catalano *El Periodico* <https://www.elperiodico.com/es/temas/independencia-catalunya-170>

²³⁸ L'avvio dell'ultima fase del processo che è poi sfociato nel referendum del 1° ottobre 2017, si può far risalire al settembre dello stesso anno quando 14 dirigenti catalani, coinvolti nelle procedure di attuazione del referendum, vengono arrestati dalla Guardia Civil per disobbedienza.

parole di alcuni degli intervistati e di rileggerle in una chiave diversa. È stato possibile seguire la vicenda solo attraverso i mezzi di comunicazione ufficiali, dunque non in prima persona, ma è stata evidente la grande partecipazione al voto e il coinvolgimento anche fisico, corporeo di molti cittadini e cittadine²³⁹. Questo ha permesso di cogliere come il tema dell'identità catalana abbia probabilmente un forte impatto sulle scelte politiche che vengono compiute a livello istituzionale, ma influisca anche sulla costruzione di un senso di comunità e di appartenenza specifiche del contesto.

Vi è un ulteriore elemento di cui si ritiene necessario dare conto per meglio collocare le riflessioni maturate in questi mesi e cioè la nascita ed evoluzione del movimento transfemminista *Non una di meno* che a partire dall'autunno 2016 ha avviato un percorso in Italia contro la violenza di genere sul modello di quanto sta avvenendo in molti Paesi del mondo e, in particolare, sulla spinta delle donne di *Ni una menos* in America Latina. La strutturazione che questa mobilitazione si è data in Italia, al di là delle iniziative pubbliche in occasione delle Giornate Internazionali contro la Violenza di genere del 25 novembre e dei due scioperi femministi internazionali dell'8 marzo 2017 e 2018, ha visto la convocazione di diverse assemblee nazionali nell'arco degli ultimi due anni. La grande partecipazione a ciascuno di questi momenti si è caratterizzata da un'organizzazione della discussione articolata in tavoli di lavoro tra cui uno relativo alla salute. La possibilità di partecipare a tre di questi momenti e di approfondire la discussione prodotta in quel contesto ha contribuito ad arricchire gli strumenti a disposizione per l'analisi di quanto era oggetto di indagine nell'ambito di questa ricerca. Come già emerso nelle pagine precedenti, la stesura di un intero capitolo del Piano Femminista contro la violenza maschile sulle donne dedicato al tema della salute, ha aggiornato la discussione sul tema e l'ha portata all'attenzione dell'opinione pubblica.

Un ultimo aspetto da considerare prima di procedere alla descrizione del campione intervistato è la rilevanza che ha la scala geografica di riferimento in questa ricerca. Inizialmente l'approccio ipotizzato era quello di un confronto vero e proprio tra i due studi di caso considerati, ma proseguendo con l'indagine si è rivalutata questa procedura per dare maggiore rilevanza alle specificità dei due casi, rivelatisi molto diversi tra loro anche alla luce della materiale accessibilità al campo di cui si è dato conto in queste righe. In parte è emerso nel capitolo precedente e verrà approfondito nei successivi, ma ciò che va tenuto presente nelle valutazioni relative alle esperienze considerate è il fatto che siano geograficamente da collocarsi in due aree specifiche di Barcellona e Napoli. Questo

²³⁹ Si veda ad esempio quanto avvenuto in molte scuole di Barcellona <https://www.elperiodico.com/es/politica/20170930/ejercito-hormigas-escuelas-barcelona-referendum-catalunya-6321704>

implica soprattutto che nell'esame di quanto riscontrato nei due studi di caso si debba tenere in debito conto il ruolo dell'evoluzione storica dei quartieri presi in esame: lo sviluppo di Poble Sec ha un percorso proprio, molto legato ai fenomeni di immigrazione interni e internazionali, mentre la trasformazione in atto²⁴⁰ nel centro storico di Napoli nell'ultimo decennio è un tema che frequentemente è emerso sia durante le interviste che negli incontri informali. Questo porta anche a dover evitare i rischi di generalizzazione sul livello cittadino e, evidentemente, anche nazionale sia italiano che spagnolo.

Se per quanto riguarda il caso di Barcellona si può ritenere di aver raggiunto un livello di saturazione per ciò che si stava indagando, meno netta è stata la percezione per quanto riguarda il caso napoletano. In Spagna le interviste svolte hanno portato ad elementi comuni e costanti con sempre meno elementi nuovi di intervista in intervista. A Napoli invece, pur essendo stato possibile arrivare a delle conclusioni parziali relative alla domanda di ricerca di questo progetto, le interviste iniziali così come quelle finali hanno aperto ulteriori ambiti possibili di avanzamento dell'indagine. Visto il contesto dottorale in cui si è sviluppato questo progetto e le conseguenti tempistiche da rispettare, sono state svolte 15 interviste utili alla ricostruzione delle esperienze considerate, ma si può ritenere possibile procedere ulteriormente sia nella direzione di un approfondimento storico-genealogico di queste esperienze sia nell'approfondimento della contestualizzazione delle loro iniziative odierne.

²⁴⁰ Non tutti gli intervistati e gli osservatori privilegiati con cui è stato possibile parlare si dicono d'accordo nella definizione di processo di *gentrification* in riferimento al centro storico di Napoli. Per alcuni si tratta di un fenomeno strettamente legato all'andamento del turismo internazionale e che dunque potrebbe interrompersi o invertirsi.

3.4 – La ricerca sul campo: interviste e campione

Si vuole ora soffermarsi brevemente sul campione intervistato per descriverne l'individuazione e arricchire l'inquadramento dell'analisi delle informazioni. A questo scopo, maggiore rilevanza è stata data al ruolo rivestito dalle persone intervistate o alla possibilità di incontrare uno sguardo diverso che aggiungesse ulteriori elementi, piuttosto che ad un campionamento statistico. La scelta delle persone da coinvolgere per raccogliere le informazioni necessarie non è stata compiuta a priori, ma ha seguito il processo di ricerca, accompagnandolo. La rappresentatività del campione è stata valutata sulla base dei temi progressivamente emersi e, in subordine, compiuta secondo un campionamento a valanga (*snowball sampling*). Si è notato come, quasi a conferma della disponibilità e dell'interesse degli intervistati a raccontare la propria esperienza, in diverse occasioni sono stati loro stessi, al termine del confronto, a proporre di intervistare altre persone perché coinvolte nei progetti a titolo diverso rispetto al loro cosicché fosse possibile farsi un'idea più completa delle attività che stanno promuovendo.

ID	Sesso	Anno di nascita	Luogo di nascita	Lavoro attuale	Associazioni
NA1	M			dirigente medico	Medicina Democratica
NA2	M	1958	Roma	missionario	Rete Rione Sanità
NA3	M	1993	Napoli	mediatore e guida turistica	Comitato San Gennaro
NA4	F	1986	Cosenza	specializzanda	Je so pazzo
NA5	M	1957	Napoli	dirigente medico	SIMM
NA6	M	1983	Napoli	coord. progetto	Emergency
NA7	F	1950	Napoli	ostetrica libera professionista	Ass. Terra Prena
NA8	F	1987	Napoli	specializzanda medicina	Je so pazzo
NA9	M	1949	Roma	medico	Ass. Piro; C. Lotta Salute Mentale
NA10	F	1983	Napoli	medico	Presidio di Salute Solidale
NA11	M	1985	Napoli	dottorando	Mutuo Soccorso Napoli
NA12	M	1982	Napoli	disoccupato	Je so pazzo
NA13	M	1963	Napoli	docente	Ass. Piene Mani
NA14	F	1962	Napoli	insegnante	
NA15	M	1953	Napoli	pensionato	Ass. Mascagna

Tabella 3 - Intervistati Napoli. Novembre 2017 - aprile 2018

Nella Tabella 3 sono state riportate alcune caratteristiche relative agli intervistati nel contesto napoletano da cui emerge un'ampia varietà dal punto di vista anagrafico con il più giovane intervistato nato nel 1993 e il più anziano di 69 anni. Tra le 15 schede raccolte, solo 5 fanno riferimento a donne. Uno dei dati più rilevanti e che emerge anche da un primo sguardo è la quasi totalità di persone nate a Napoli tra gli intervistati, e questo è importante annotarlo qui in vista di ciò che si vedrà per quanto riguarda gli intervistati a Barcellona. Il panorama è molto variegato invece per quanto riguarda la professione, i medici o operatori sanitari sono 7 su 15 schede complessive. Altrettanto può essere detto per quanto riguarda l'appartenenza ad associazioni che, come si vede in tabella, contraddistingue gli intervistati e mostra, pur tenendo conto della limitatezza del campione considerato, un'ampia presenza di realtà più o meno formali attive sul territorio partenopeo. In questo senso si è scelto nella fase di analisi delle interviste di indicare gli intervistati con un profilo professionale sanitario in maniera esplicita riconducendo tutti gli altri sotto la dicitura di "attivista". Pur avendo provato a limitare quanto più possibile questa opzione per esigenze tecniche, alcuni degli intervistati hanno preferito svolgere le interviste in forma collettiva, sempre però tra persone appartenenti allo stesso gruppo. Nonostante la maggiore difficoltà nel seguire la traccia, si è potuto verificare come queste occasioni si siano rivelate momenti in cui l'emersione spontanea di racconti esperienziali e valutazioni su fatti del passato ha arricchito ed esteso notevolmente l'approfondimento del caso indagato. Nello specifico, due interviste sono state realizzate alla presenza di due distinti intervistati, ciascuno dei quali ha compilato una propria scheda anagrafica, mentre una terza intervista collettiva si è svolta in gruppo con un numero variabile di persone tra le otto e le quattro. In questo caso, su loro richiesta, è stata compilata una sola scheda.

ID	Sesso	Anno	Luogo di nascita	Lavoro attuale	Struttura
BCN1	F			Coordinatrice Piano Comunitario	Piano comunitario
BCN2	F	1973	Tarragona	Infermiera	CAP Les Hortes
BCN3	F	1978	Barcelona		CAP Les Hortes
BCN4	F	1977	Barcelona	medico di famiglia	CAP Manso
BCN5	F			Agopuntrice e istruttrice di Chi Yung	Aurea Social
BCN6	F	1978	Valparaiso (Chile)	medico di famiglia	Istituto Catalano Salute
BCN7	F	1962	La Habana (Cuba)	psicologo e tutor clinico, psicoterapeuta	Psicologos Sin Fronteras
BCN8	F	1963	San Sebastian	direttrice Prom. salute; prof. associata UPF	ASPB; Università Pompeu Fabra
BCN9	F	1982	Barcelona	direttrice marketing; terapeuta olistica	Privato
BCN10	M	1983		terapeuta Gestalt	Aurea Social
BCN11	F	1977	Paris (Francia)	disoccupata; progetti	
BCN12	F	1976		Op. dinamizzazione coesione com.	Coordi. Entitats Poble Sec
BCN13	M	1949	Barcelona	--	--
BCN14	F	1948	Certa (Tarragona)	Ostetrica	Istituto Catalano Salute
BCN15	F	1956		infermiera	CAP Les Hortes
BCN16	F	1973		gestione economica e progetti	Ass. La Formiga
BCN17	M	1972		contabile	Ateneu La Base
BCN18	F	1967			

Tabella 4 - Intervistati Barcellona. Marzo-giugno 2017

Per quanto riguarda la tabella 4 riferita agli intervistati a Barcellona, si nota un'età mediamente un po' più avanzata (il maggiore è nato nel 1948 ed il più giovane nel 1983) probabilmente da imputarsi al fatto che si tratta prevalentemente, così come evidenziato dalla colonna relativa al lavoro attuale, di operatori già inseriti in un contesto professionale. Come si è accennato in riferimento agli intervistati napoletani, emerge qui una maggiore variabilità nelle città di provenienza delle intervistate con tre casi, tra chi ha risposto, di persone nate al di fuori della Spagna. Si vuole evidenziare come su 18 schede raccolte, solo tre corrispondano a profili maschili a fronte di una netta prevalenza di donne.

La struttura della traccia delle interviste è suddivisa tra una prima scheda destinata alla raccolta delle informazioni anagrafiche, comune a tutti gli intervistati, ed una seconda parte dedicata alle domande. La scelta fatta è stata quella di individuare a priori tre potenziali categorie di intervistati cui chiedere informazioni di diverso tipo. A seguito quindi di una parte comune destinata soprattutto all'approfondimento della scheda anagrafica per raccogliere dati utili ad inquadrare compiutamente

il posizionamento dello sguardo degli intervistati²⁴¹, la struttura dell'intervista si differenzia a seconda che l'intervistato sia stato contattato in quanto osservatore/trice privilegiato/a oppure operatore/trice. Con questa definizione si intende indicare tutte le persone coinvolte direttamente, praticamente, nei progetti analizzati. Sia a Barcellona che a Napoli è stata prevista una parte di domande specifica da rivolgere agli operatori di strutture sanitarie pubbliche (o convenzionate²⁴²) in modo da poter poi, in fase di analisi, tenere conto delle possibili differenze tra gli sguardi dei lavoratori interni al sistema sanitario tradizionale e gli sguardi sulla salute di chi non lavora entro questi servizi. Proprio per tenere conto delle specificità dei diversi casi, la parte di traccia di intervista semi-strutturata destinata all'interazione con operatori è suddivisa tra le domande rivolte agli attivisti del contesto della Cooperativa Integral Catalana che, come è già stato messo in luce, non è stato possibile approfondire nel dettaglio, e le domande rivolte agli operatori, a vario titolo del *Plan Comunitari* di Poble Sec.

Per quanto ha riguardato lo studio di caso napoletano, questa suddivisione in base ai ruoli degli intervistati è stata tracciata affiancando alla parte già prevista per i lavoratori della sanità, una specifica per gli operatori che lavorano fuori dal sistema sanitario tradizionale e gli attivisti degli ambulatori popolari. Un'ulteriore parte comune relativa agli effetti delle politiche di austerità e dei tagli ai finanziamenti seguiti alla crisi economica del 2008 ha permesso, come si vedrà successivamente, di osservare quanto e in che modo la crisi abbia inciso nell'ambito sanitario considerato. In conclusione, si è voluto dare uno spazio particolare alle relazioni di questi progetti con altre realtà del territorio e questo si è rivelato molto utile per approfondire alcune attività e reti messe in atto a livello territoriale dalle varie esperienze considerate. Tutte le interviste sono state registrate previa autorizzazione degli interessati.

Le dimensioni conoscitive della traccia ricalcano le aree di indagine portanti di questo lavoro e dunque possono essere riepilogate così:

- Descrizione della struttura/esperienza di cui fa parte
- Contesto in cui essa è radicata
- Effetti della crisi economica e delle politiche ad essa seguite
- Relazioni territoriali

In qualche occasione, soprattutto con interviste a persone inserite in ruoli formali o interne a strutture istituzionali, a seguito della chiacchierata basata sulla traccia semi-strutturata ed a registratore spento,

²⁴¹ Come si vedrà nei prossimi capitoli, emergeranno qui alcuni elementi che hanno portato a riflettere, come evidenziato nel precedente paragrafo, sul ruolo dell'identità e dell'appartenenza territoriale.

²⁴² Si è scoperto sul campo che dei due Centri di Primo Intervento (CAP – Centro de Atencio Primaria) uno è una struttura pubblica e l'altro è una cooperativa di medici ed è convenzionato con il sistema sanitario.

sono emersi spunti interessanti che si è scelto di integrare tutelando l'implicita richiesta degli intervistati di non essere individuabili. A proposito di questo, ci si è interrogati relativamente all'anonimizzazione dei dati in fase di restituzione perché la scelta di intervistare osservatori privilegiati e persone che rivestono ruoli pubblici comporta che non sia possibile, per non inficiare il senso stesso della ricerca, una totale anonimizzazione delle informazioni. Si è scelto dunque di omettere dati sensibili ed altri elementi problematici provando al contempo a garantire la comprensibilità, per il lettore, del contenuto.

Nello svolgimento delle interviste è stato inserito in maniera più o meno esplicita, in base alla disponibilità dell'intervistato, un focus sul tema dell'uso del linguaggio. Era stato previsto nella traccia iniziale di provare a verificare se gli operatori, ed in particolare coloro i quali hanno un'interazione diretta con gli utenti, prestano attenzione all'uso del linguaggio medico, delle definizioni specialistiche, delle indicazioni e prescrizioni che vengono fornite. Come evidenziato nel primo capitolo il tema del linguaggio è un aspetto rilevante che struttura la relazione tra medico e paziente, ma che attraversa anche i momenti non espressamente dedicati alla visita medica e contribuisce a rafforzare la disparità di potere. In questo senso, nell'analisi delle interviste, si proverà a raccogliere le voci degli operatori che hanno voluto confrontarsi su questo aspetto per restituire una riflessione organica di quanto emerso rispetto alla consapevolezza con cui il linguaggio tecnico e specifico viene utilizzato.

Come si vedrà nelle prossime pagine, alla luce di quanto riportato qui, l'analisi delle interviste e dei materiali raccolti si concentrerà su alcuni elementi comuni ai due casi a partire da una presentazione delle esperienze considerate. Utilizzando le parole dei diretti interessati si proverà a ricostruire una genealogia delle realtà contattate prestando attenzione soprattutto alle motivazioni che hanno portato alla loro nascita, al contesto in cui si sono coagulati gli interessi comuni delle persone coinvolte, ai retroterra politici e culturali che hanno fatto da incubatore all'idea che oggi osserviamo messa in pratica.

Anche la restituzione di quanto emerso nel lavoro sul campo e delle riflessioni che hanno accompagnato l'intero processo ha delle implicazioni dal punto di vista riflessivo per cui è necessario sottolineare come la proposta di lettura che segue nelle prossime pagine sia stata organizzata secondo categorie interpretative scelte in base alla loro funzionalità rispetto alla capacità di rispondere alle domande di ricerca. È ad ogni modo necessario tenere presente, soprattutto in una ricerca esplorativa di questo tipo, che l'inquadramento entro categorizzazioni rigide rischia di rivelarsi spesso una forzatura rispetto alla complessità del reale indagato e questo implica che nel processo stesso di scelta

e definizione si escludano dallo sguardo ulteriori assemblaggi o proposte di relazione possibili. È dunque a maggior ragione fondamentale immaginare questo lavoro come avvio di una riflessione che possa però essere ricondotta entro una dimensione interdisciplinare. Tenuto conto di quanto considerato dal punto di vista metodologico nelle pagine precedenti, lo stesso processo di restituzione della codifica e analisi delle interviste sarà accompagnato dalle riflessioni fatte nel corso della raccolta delle informazioni provando a mantenere sempre un'attenzione vigile sulle implicazioni di uno sguardo situato.

Do, scolaro di Me-ti, sosteneva la tesi che bisogna dubitare di tutto. Essendogli stato chiesto che cosa ponesse un limite ai dubbi egli rispose: il desiderio di agire

Bertold Brecht, *Me-Ti. Il libro delle svolte*

4.1 – Descrizione del caso di Napoli. Contesto sociale e geografico

Dopo aver esaminato le principali prospettive critiche nei confronti della biomedicina, aver considerato la tradizione femminista analitica e pratica nell'ambito della salute e aver ripercorso l'evoluzione istituzionale del concetto di salute e dei modelli di sanità italiano e spagnolo, si apre ora l'analisi dei due casi studiati.

Lo studio di caso svolto a Napoli si è concentrato in particolare sulla costruzione e l'evoluzione di sperimentazioni autogestite nell'ambito della salute. Come si vedrà nell'esame specifico delle diverse esperienze, dentro questa definizione si provano ad includere sia progettualità politiche che hanno dato avvio ad ambulatori autogestiti sia comitati territoriali sorti contro la chiusura di ospedali e altre strutture della sanità pubblica. Questo capitolo è stato suddiviso in sei parti, la prima delle quali servirà a descrivere il contesto in cui queste esperienze hanno preso avvio non solo da un punto di vista geografico, ma anche sociale. Il secondo paragrafo si occuperà di dettagliare, a partire dalle parole degli stessi protagonisti, le esperienze attualmente attive e impegnate sul tema della salute nel centro storico di Napoli. Il terzo paragrafo si concentrerà sulle relazioni tra queste esperienze e soprattutto sulla capacità di costituire reti locali. Un passaggio verrà fatto anche sul rapporto con le istituzioni. Nel quarto paragrafo verrà posta l'attenzione sulle pratiche elaborate da questi movimenti sociali mentre nel quinto si proverà a ricostruire l'idea di salute alla base di queste esperienze con un focus specifico sul tema del linguaggio. Sarà il sesto paragrafo invece a raccogliere le riflessioni parziali emerse dall'approfondimento di questo studio di questo caso.

A seguito della riforma Delrio nel 2014, la definizione amministrativa dei territori è stata rivista ed oggi, quando ci si riferisce a Napoli, è necessario distinguere tra il Comune e la città metropolitana. Questa coincide con il territorio della vecchia Provincia di Napoli e comprende 92 Comuni che

delineano una sorta di “continuum insediativo” che si estende in direzione di Salerno, verso sud e di Caserta a nord. Gli abitanti iscritti al registro comunale partenopeo sono poco meno di un milione (989.111) a cui si sommano i residenti di altri 92 comuni nel territorio contiguo arrivando ad una popolazione complessiva di 3.127.390 censiti²⁴³.

La città di Napoli è stata amministrativamente suddivisa in 10 Municipalità attraverso cui sono stati decentrati compiti e funzioni quali ad esempio la manutenzione urbana di rilevanza locale, le attività sociali di assistenza, scolastiche, culturali e sportive oltre che la gestione dei servizi amministrativi. L'autorità comunale metropolitana invece si occupa della pianificazione territoriale generale, delle reti infrastrutturali, della gestione dei servizi pubblici e della promozione dello sviluppo economico e sociale. Entro ciascuna Municipalità sono ancora presenti a livello colloquiale le denominazioni storiche di quartieri e rioni che, come è emerso dalle interviste, sono a tutt'oggi elementi fondamentali per definire il raggio d'azione delle proprie iniziative e come elemento di (auto)riconoscimento e di riconoscibilità.

Per quanto riguarda le esperienze esaminate in questa ricerca, esse sono concentrate quasi tutte entro i confini del centro storico, e dunque della seconda Municipalità²⁴⁴ e della terza Municipalità²⁴⁵ a cui si aggiunge l'esperienza dell'ambulatorio di Emergency aperto nella zona di Ponticelli, rientrante nella sesta Municipalità. Considerando la vastità di quest'area e la densità di popolazione, emerge come le esperienze sociali di intervento sulla salute siano inserite in un contesto densamente abitato e attraversato²⁴⁶ soprattutto se si considera che, al dato ufficiale dei residenti, va aggiunta una rilevante presenza di persone che, per varie ragioni, come si vedrà, non sono registrate nelle liste ufficiali.

Per quanto riguarda la suddivisione da un punto di vista sanitario, l'area metropolitana comprende 3 Aziende Sanitarie Locali di cui la prima, “ASL 1 - Napoli centro”, coincide con i limiti amministrativi del Comune di Napoli e serve anche i Comuni di Portici, Capri e Anacapri²⁴⁷. Diversi sono anche gli ospedali presenti nel centro cittadino:

²⁴³ I dati qui riportati fanno riferimento a quanto descritto nel Dossier delle città metropolitane – Città metropolitana di Napoli realizzato nel 2017 per il Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

²⁴⁴ Include i quartieri Avvocata, Montecalvario, Mercato, Pendino, San Giuseppe e porto.

²⁴⁵ Di cui fanno parte Arenaccia, Capodimonte, Colli Aminei, Doganella. Foria, Materdei, Ponti Rossi, Rione Amicizia, Rione Sanità, Zona Ospedaliera di Napoli

²⁴⁶ Gli ultimi dati censuari disponibili, secondo quanto riportato nel sito istituzionale del Comune, relativi alle Municipalità risalgono al 2001 e dunque non possono essere riportati come un quadro attendibile della situazione odierna. Le trasformazioni sociali, soprattutto i fenomeni di immigrazione e di emigrazione hanno modificato ripetutamente l'assetto urbano in questi ultimi anni. Si può stimare che le esperienze considerate si collochino entro un contesto di circa 300.000 abitanti.

²⁴⁷ Dossier delle città metropolitane – Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie.

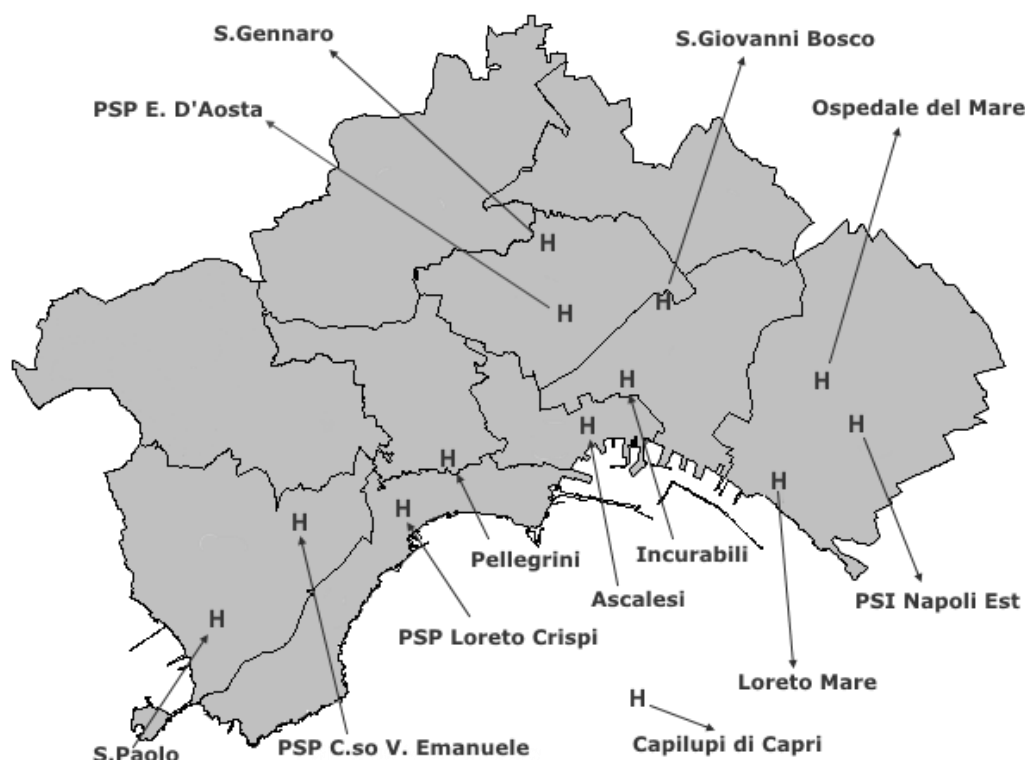


Figura 3 - Strutture ospedaliere – Napoli, dati ASL Napoli 1 Centro. 2018

A questa mappa delle strutture presenti in città, si aggiunge la cosiddetta “zona ospedaliera”, situata tra il Rione Alto, i Colli Aminei e Chiaiano in cui sono presenti l’ospedale Cardarelli, il più grande della Campania, il Secondo Policlinico Universitario e la facoltà di Medicina dell’ateneo Federico II. A questi presidi si aggiungono cinque ospedali specializzati in ambiti di intervento specifici²⁴⁸. Il territorio è dunque servito da diverse strutture ospedaliere che però presentano, come si vedrà, difficoltà strutturali nel fornire i servizi soprattutto alla luce di un processo di trasferimenti di funzioni dovuti, tra le altre cose, alla recente apertura, nel 2017, dell’Ospedale del Mare.

Prima di entrare nel merito dei diversi aspetti, si vuole brevemente restituire una mappa delle realtà presenti sul territorio napoletano attive, a vario titolo, sulla sfera della salute con cui è stata possibile un’interazione ai fini di questa ricerca. Si intende così fornire anche una collocazione spaziale più puntuale delle attività che verranno presentate. Come anticipato, le esperienze considerate sono inserite nel contesto del centro storico ed in particolare del quartiere Pendino, di Materdei, di Forcella e della Sanità:

²⁴⁸ Ospedale Pascale specializzato in oncologia, Cotugno per le malattie infettive – fu qui che vennero ricoverati la maggior parte dei pazienti nel caso del colera del 1973; ospedale Monaldi per cardiologia e malattie respiratorie, CTO per ortopedia, Santobono Pausilipon per la pediatria.

Luogo	Denominazione	Riferimento politico
Centro storico	Presidio di salute solidale	Comitato Centro Storico, 081, MSN
Centro storico	Comitato di Lotta per la Salute Mentale	Disoccupati organizzati
Materdei/centro	Ambulatorio Medico Popolare	Ex OPG – Je so’ pazzo
Forcella	Centro per la tutela della salute degli immigrati	
Sanità	Comitato San Gennaro	
Ponticelli	Ambulatorio	Emergency
Napoli - Campania	Coordinamento Campano per la Salute	

Tabella 5 - Realtà studiate a Napoli per distribuzione geografica e riferimenti politici

Un primo elemento saliente è il numero di esperienze legate all’ambito della sanità e della salute presenti nell’area del centro storico napoletano²⁴⁹. Ciò che differenzia questa situazione rispetto ad altre in Italia in cui pure ci sono associazioni attive sul tema del diritto alla salute, è l’ampia presenza di sperimentazioni di ambulatori autogestiti, occupazioni di spazi ospedalieri e sociali in cui questo tema viene posto al centro dell’iniziativa politica.

I casi dell’ambulatorio Ascalesi (Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati) e dell’ambulatorio di Emergency sono stati individuati attraverso i contatti forniti dagli intervistati, alcuni dei quali hanno collaborato volontariamente o hanno lavorato presso le due strutture e dunque si è scelto di citarli in questa indagine vista la relazione con le altre realtà nonostante le caratteristiche differenti. Per quanto riguarda le origini delle due esperienze l’ambulatorio di Ponticelli va inserito entro il Progetto Italia promosso da Emergency a partire dal 2006, mentre la nascita dell’ambulatorio presso l’ospedale Ascalesi è legata ad iniziative conflittuali messe in atto da alcuni medici a metà degli anni Novanta di cui si darà conto nelle prossime pagine.

Tra le associazioni attive sul territorio è stata segnalata da due intervistati quella del Centro Buglione, un ambulatorio gestito dalla cooperativa sociale “Il camper” con sede in una strada prossima alla Stazione Centrale, area in cui vive una parte consistente dei migranti presenti sul territorio cittadino. Questo centro svolge attività di orientamento ai servizi prevalentemente rivolto a persone senza fissa dimora e migranti supportato anche da un’unità mobile, il camper, appunto. Nella sede sono attivi sportelli tematici di assistenza legale, psicologica, di medicina generale gestiti da cinque volontari e due dipendenti della cooperativa che mette a disposizione anche altre iniziative di supporto come ad esempio il domicilio postale, il guardaroba sociale e un servizio internet, anche per chiamate Skype.

²⁴⁹ Si tenga conto che alle realtà elencate in tabella si aggiungono le associazioni di volontariato religioso e laico.
<http://www.csvnapoli.it/associazione-di-volontariato-della-provincia-di-napoli/>

La sede attuale è stata assegnata alla cooperativa nel 2007 dal Comune che poi ha finanziato le attività anche negli anni successivi.

Entrando nel merito di quanto emerso dalle interviste, un primo tema che si vuole segnalare perché emerso frequentemente nel corso dell'indagine riguarda soprattutto la situazione delle persone senza fissa dimora, ma è riferibile a molti altri casi di cittadini extracomunitari, europei e italiani ed è relativo agli effetti dell'articolo 5 del cosiddetto Piano casa, il decreto 47/2014²⁵⁰. Attraverso questo provvedimento è stato stabilito che “Chiunque occupa abusivamente un immobile senza titolo non può chiedere la residenza né l'allacciamento a pubblici servizi” e questo ha fatto sì che il fenomeno delle occupazioni, affrontato come emergenza di ordine pubblico, non venga considerato per le implicazioni sociali che porta con sé²⁵¹. Al di là dell'effetto di compromissione di un diritto sociale qual è quello dell'abitare, un'implicazione particolarmente gravosa per molte e molti che si trovano in questa situazione è che senza la possibilità di dimostrare un indirizzo di residenza, non è possibile fare richiesta per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. Praticamente, oltre all'impossibilità di rivolgersi ad un medico di base, chi si trova a non poter dichiarare una residenza ufficiale non ha diritto ad alcuna esenzione ed è costretto a rivolgersi al pronto soccorso anche per la prescrizione di un farmaco. Nel 2016 un'inchiesta pubblicata dal quotidiano *La Repubblica* metteva in evidenza la drammaticità di questa situazione per oltre mezzo milione di persone:

“In Italia le persone che si trovano in questa condizione, in base ai dati elaborati dalle organizzazioni che si occupano o rappresentano le principali categorie coinvolte, come detto sono oltre mezzo milione: circa 60mila sono i senza fissa dimora e circa 100mila gli abitanti delle occupazioni abusive (una parte dei quali risulta però ancora registrata alla vecchia residenza) a cui bisogna aggiungere oltre 300mila comunitari (soprattutto rumeni) rimasti in Italia malgrado il permesso di lavoro scaduto”²⁵².

A questi si aggiungono, sempre secondo quanto riportato nell'inchiesta, i figli dei migranti irregolari che sono spesso costretti a rivolgersi alle associazioni territoriali anche solo per poter fare una visita. La situazione creatasi è stata affrontata in modi diversi nelle varie Regioni e per quanto riguarda

²⁵⁰ Decreto Legge n. 47 del 28 marzo 2014 “Misure urgenti per l'emergenza abitativa, per il mercato delle costruzioni e per Expo 2015”

²⁵¹ Per un'analisi approfondita degli effetti del Decreto, poi convertito in legge 80/2014, la cosiddetta Renzi-Lupi, si veda Talini S., *Piano casa Renzi-Lupi, art. 5: quando la cieca applicazione del principio di legalità contrasta con la garanzia costituzionale dei diritti fondamentali*, in “costituzionalismo.it” 3 maggio 2014 <http://www.costituzionalismo.it/notizie/654/>

²⁵² Per il testo integrale si veda http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2016/10/31/news/l_esercito_dei_senza_medico-150189515/

Napoli, il Comune, con la Deliberazione 1017 del 30 dicembre 2014 ha approvato delle “Linee di Indirizzo per l’iscrizione anagrafica delle persone senza fissa dimora presenti abitualmente sul territorio comunale” che prevedono la possibilità per le persone che si trovano in questa condizione, di fare una dichiarazione di domicilio convenzionale attraverso alcune associazioni accreditate²⁵³. Questo provvedimento in realtà si è scontrato con diverse difficoltà applicative anche se negli ultimi mesi sembra essere entrato a regime secondo quanto riportato dagli intervistati. Nonostante questa possibilità tecnica, va evidenziato come essa risolva solo parzialmente il problema, sia perché richiede la dimostrazione di un motivo specifico per poter essere applicata e sia perché, soprattutto, prevede tempi lunghi per diventare effettiva e permetta l’iscrizione ai servizi sanitari. Il tema della difficoltà dell’accesso alla sanità è costante nelle interviste svolte e dunque è preferibile riassumere brevemente le diverse situazioni in cui possono trovarsi gli utenti in maniera tale che poi siano più comprensibili i riferimenti riportati dagli intervistati.

In particolare, le problematiche sono di due tipi differenti, da un lato amministrative, dall’altro economiche. Per concludere gli aspetti amministrativi, oltre a quanto visto relativamente alle persone senza fissa dimora, si aggiungono gli immigrati con permesso di soggiorno a cui viene assegnata una tessera sanitaria per Stranieri Temporaneamente Presenti (tessera S.T.P.). Vi sono inoltre i cittadini comunitari che non dispongono di assicurazione sanitaria privata, di tessera di assicurazione malattia (TEAM), non sono residenti in Italia e non hanno i requisiti per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale.

Procedendo ora ad esaminare l’aspetto più strettamente economico, riferibile ai cittadini sia italiani che stranieri, vanno segnalate le difficoltà relative al pagamento dei ticket²⁵⁴ che molto spesso emergono dalle parole degli intervistati come una delle problematiche maggiori che loro riscontrano tra le persone che si rivolgono alle loro strutture. Nel momento in cui una persona si reca dal medico di base oppure da uno specialista per fare una visita e le vengono prescritte delle indagini diagnostiche, si trova davanti ad un bivio: se usufruisce di esenzioni, si trova ad affrontare le tempistiche delle liste d’attesa delle strutture pubbliche e dunque si rivolge prevalentemente alle strutture convenzionate, se invece non ha esenzioni, trova più conveniente rivolgersi direttamente alla struttura privata:

²⁵³ La via virtuale è stata chiamata via Alfredo Renzi.

²⁵⁴ Per quanto riguarda una spiegazione più approfondita delle difficoltà relative al pagamento dei ticket e le strategie messe in atto per rispondere al problema, si rinvia al paragrafo 4 del presente capitolo.

“C’è una storia di competenze nel pubblico per cui tu di primo acchito provi ad andare comunque in una struttura pubblica [...] le visite restano soprattutto legate all’ASL, il problema è tutta la diagnostica. Tu le analisi non le fai, a parte gli immigrati, tu non le fai all’ospedale perché non ti conviene pagare la ricetta a meno che non hai delle esenzioni particolari e lo devi fare in una struttura pubblica, ma a quel punto la tua ricetta ha molte strutture convenzionate che comunque la prendono, quindi fai prima a farla nella struttura convenzionata. [...] tu vai da un medico, vai dal cardiologo, lui ti scrive delle analisi, ti scrive di fare l’elettrocardiogramma, di fare tutta una serie di cose [...] per chi come me paga il ticket completo, conviene non farsi fare la ricetta dal medico di base, conviene andare in laboratorio o andare direttamente da chi fa l’ecocardiogramma e fartela privatamente. Chi ha la ricetta, ha delle esenzioni, ma comunque per i tempi di attesa, conviene usare quella ricetta nelle strutture convenzionate. Poi l’assurdità è che ci sono dei servizi che oramai non vengono più fatti nelle pubbliche, [...] soprattutto la fisioterapia o legate anche radiologia o anche indagini diagnostiche PET o TAC, alcune le fanno nelle strutture ospedaliere, se tu hai l’urgenza e la devi fare, hai una cosa seria e la devi fare in poco, te la fai al centro. Perché poi si parla di attese a volte anche di sei mesi. Poi odontoiatria è completamente privata. Adesso sto vedendo qualcosa in più del pubblico perché con immigrati e S.T.P., loro possono andare solo nelle strutture pubbliche quindi... perché loro hanno un’esenzione totale, loro non pagano, non viene accettato nelle strutture private.” (R. medico)

Appare dunque chiaro come il meccanismo spinga in direzione delle strutture private relegando quelle pubbliche entro un ruolo sempre più marginale. In un paio di interviste gli attivisti hanno fatto riferimento a recenti statistiche secondo cui milioni di italiani stanno rinunciando alle cure²⁵⁵, prevalentemente per ragioni economiche, ma sembra piuttosto che sia un complesso di fattori, economici e organizzativi a dare origine a questa situazione:

“Moltissimi sono totalmente esclusi, in tantissimi hanno anche il medico di base sulla carta il quale gli fa la prescrizione su ricetta rossa, la prima visita di qualunque tipo di specialità costa 60 euro, quella persona tecnicamente non ha né diritto all’esenzione, né può pagarsi... questi poi sono i problemi dei famosi 12 milioni di italiani che non si possono più curare, che rinunciano, come fosse una scelta.” (N. medico)

E lo stesso tipo di considerazione emerge anche dalle parole di un altro intervistato che osserva questo fenomeno in particolare dalla prospettiva degli abitanti del rione Sanità:

²⁵⁵ Per quanto riguarda i dati relativi alla rinuncia alle cure si veda il rapporto Istat “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” pubblicato il 28 gennaio 2016.

“Tieni conto che in Campania noi siamo una Regione che ha il tasso di reddito tra i più bassi d’Italia, ma paghiamo i ticket più alti d’Italia e questo ovviamente ha portato una grande esclusione, io la chiamo dispersione sanitaria scimmiettando un po’ la dispersione scolastica, nel senso che le persone non si curano più. Vari dati contrastanti tra gli 11 milioni e i 5 milioni di italiani non si curano più per i ticket in tutta Italia. Quindi la situazione parte da un’esigenza che in un quartiere povero come la Sanità è ipersentita. Anche perché il ticket sta facendo che la sanità pubblica costi di più della sanità privata. Per cui la concorrenza sta indirettamente spingendo verso la privatizzazione perché la privatizzazione non agisce solamente chiudendo gli ospedali, la privatizzazione è un meccanismo molto perverso che agisce molto in maniera indiretta. Uno che entra nella mentalità della gestione delle ASL perché non a caso è un’Azienda Sanitaria Locale, col pareggio di bilancio. Che quindi diventa una mentalità di gestione delle risorse e poi agisce con queste modalità. Liste di attesa interminabili, costi eccessivi, indirettamente si spingono le persone dal privato.” (L. attivista²⁵⁶)

Sovrapponendo questa situazione a quanto visto prima rispetto a chi è costretto a rivolgersi alle strutture d’emergenza anche nei casi in cui non sarebbe necessario, la situazione che si configura è dunque estremamente difficoltosa sia per i potenziali utenti sia nella prospettiva degli operatori sanitari che lavorano entro queste strutture. Sullo sguardo dei lavoratori si tornerà successivamente, ma ad ogni modo, i costi dell’accesso al servizio sanitario sono uno dei punti di partenza da cui alcuni dei gruppi considerati hanno avviato iniziative nei territori che proseguono tutt’oggi.

Si vuole qui riprendere un passaggio specifico relativo al rapporto tra povertà e accesso ai servizi. Segnalano alcuni attivisti che non solo vi siano le problematiche fin qui descritte, ma è necessario specificare che le difficoltà economiche agiscono anche a monte perché non solo creano le situazioni viste in precedenza relative agli accessi, ma sono una delle cause che portano a percepire un bisogno sanitario che, non trovando soluzioni alternative, diventa una ulteriore richiesta ai servizi, spesso ricondotta a condizioni di disagio psichico²⁵⁷. Il tema è stato, pur attraversando le riflessioni anche degli altri collettivi, la scintilla d’avvio del Comitato di Lotta per la Salute Mentale:

“L’anno scorso [il 2011] alcuni compagni dei Banchi Nuovi hanno percepito, grazie al radicamento che hanno sul territorio di Forcella, un forte aumento del disagio psichico nel

²⁵⁶ Come riportato nel terzo capitolo, vista la composizione del campione intervistato a Napoli, si è scelto di definire “medico/a” gli intervistati con questo profilo professionale e di indicare tutti gli altri con la dicitura “attivista”.

²⁵⁷ Emerge dall’intervista un rifiuto esplicito alla suddivisione tra mente e corpo così come nella tradizione della psichiatria critica, dunque in questo caso il riferimento a disagio psichico è dovuto soprattutto alla necessità di collocare il discorso in modo chiaro e riferendosi alle parole citate. Ulteriori specificazioni sulle impostazioni del lavoro del Comitato di Lotta per la Salute Mentale verranno fatte nelle prossime pagine.

quartiere e l'incremento delle prescrizioni e assunzioni di psicofarmaci, in particolare antidepressivi e ansiolitici. Questo fenomeno avveniva in concomitanza con il peggioramento delle condizioni di vita e di lavoro causate dalla crisi economica e non solo. La convinzione che la vera "patologia" da affrontare fosse quella di un sistema sociale sempre più insopportabile, ha incontrato la sensibilità del collettivo di studenti delle facoltà di medicina, oltre a quella di alcune persone critiche verso la psichiatria e i suoi dogmi. Ci ha convinto a considerare il problema e cercare di affrontarlo il fatto che pensiamo che moltissime volte quello che spinge a chiedere aiuto non è una patologia, un male da curare, ma piuttosto un problema sociale, materiale, una sofferenza legata alle condizioni di vita che ogni giorno diventano sempre più precarie. Pensiamo che la soluzione della "pillola" non basti nella maggior parte dei casi ad affrontare situazioni critiche e possa rappresentare una soluzione parziale utile a sedare e non ad affrontare il disagio mentale, diventando così l'ennesima mazzata (a volte anche economica) ad una vita difficile. [...] Cosa vogliamo fare? Innanzitutto, coinvolgere tutti quelli che si sentono toccati da questo problema per capire insieme e collettivamente come lo avvertono, come lo affrontano, quali soluzioni gli vengono offerte e quali desidererebbero. Capire come affrontare un disagio in modo corretto, con la consapevolezza che la soluzione non è per forza medica ma sociale e soprattutto collettiva. [...] Dopo l'ennesimo suicidio in Campania rilanciamo con forza questo percorso, convinti ancora di più delle nostre ragioni. Non è la malattia mentale che uccide, sono le condizioni in cui si è costretti a vivere. La soluzione non è la pillola, ma cambiare queste condizioni!" (Comitato di Lotta per la Salute Mentale, pagina Facebook 2012²⁵⁸)

Questo excursus sulla situazione generale del territorio considerato dev'essere completata con una breve descrizione del quartiere centro e degli spazi attraversati dalle realtà che sono state indagate in profondità così da poter restituire un'immagine esauriente del contesto in cui gli attivisti e i medici stanno svolgendo le iniziative al centro di questa ricerca. Anche in questo caso le parole degli intervistati aiutano a ricostruire le trasformazioni in atto nel territorio considerato e segnalano come siano intervenuti nel corso degli ultimi anni fenomeni esogeni, quali ad esempio un significativo aumento del turismo²⁵⁹ italiano e internazionale che ha cominciato ad attraversare l'area che da piazza del Plebiscito prosegue lungo via Toledo, entrando parzialmente anche nei Quartieri spagnoli, e da piazza Dante si addentra verso l'area del Museo archeologico, via dei Tribunali e il decumano inferiore.

²⁵⁸ La pagina citata è quella ufficiale presente su Facebook in cui il Comitato di Lotta per la Salute Mentale riporta il proprio primo comunicato relativo all'avvio delle attività del gruppo.

²⁵⁹ La percezione è in questo caso supportata anche dai dati raccolti da Confesercenti che indicano un aumento delle presenze turistiche a Napoli tra il 2010 e il 2017 del +91,3%. <http://www.confesercenti.it/blog/turismo-al-via-dal-18-maggio-a-bologna-la-xxii-borsa-delle-100-citta-darte/>

A questo aspetto si è sovrapposto, temporalmente, un altro processo, molto più interno ai movimenti sociali e che viene riportato da molti degli attivisti come decisivo per le trasformazioni attualmente in corso nel centro storico e cioè la proliferazione di esperienze di intervento sociale innescate sull'onda delle grandi mobilitazioni sulle tematiche ambientali in Campania a partire dal 2007²⁶⁰ che si sono intrecciate, come si vedrà successivamente, con le mobilitazioni universitarie contro la riforma Gelmini degli anni 2008-2010.

Secondo quanto riferiscono alcuni attivisti, il passaggio decisivo è stata la volontà di tradurre nei quartieri in cui vivevano la spinta propositiva di quelle iniziative. A questo proposito, una delle prime iniziative che raccontano è quella di una raccolta differenziata porta a porta che attivarono in forma autogestita nei vicoli del centro storico, con l'idea di sensibilizzare la popolazione al tema della salute in senso ampio e delle questioni ambientali:

“nel 2009 abbiamo fatto un primo esperimento di raccolta differenziata autogestita [...] È il periodo delle lotte sulla spazzatura, e un gruppo di noi che aveva fatto tutte queste battaglie, pensammo che era il momento di portare questa forza complessiva nei territori perché il movimento così, sia il movimento dell'acqua, sia il movimento delle immondizie, a molti di noi all'interno di queste, per noi aveva un limite, di non costruire continuità sul territorio. E quindi decidemmo di costruire il comitato di quartiere, con le problematiche del centro storico, naturalmente. [...] nel 2008 il Comune di Napoli aveva fatto uno studio in cui diceva che nel Centro storico era impossibile fare la raccolta differenziata, per motivi sociali e per motivi di spazi. Noi insieme ad altre forze, perché non lo facemmo da soli, eravamo insieme ad un gruppo di disoccupati, insieme ai compagni dello Ska, facemmo per 15-20 giorni questa raccolta differenziata porta a porta.” (R. e V. attivisti²⁶¹)

Secondo quanto emerge da queste parole, la percezione, o almeno quella istituzionale, era che il Centro storico fosse una zona in cui non era possibile immaginare neppure di fare la raccolta differenziata per “motivi sociali” a cui però un gruppo di cittadini provò ad opporsi con questa iniziativa. Ma anche ai loro occhi la situazione sociale era piuttosto grave:

²⁶⁰ Per una ricostruzione dei passaggi relativi alle mobilitazioni sulla cosiddetta Terra dei fuochi si veda Moccia V., *La terra dei veleni* in “Mosaico di pace” <https://www.mosaicodipace.it/mosaico/a/40124.html>

²⁶¹ Questa citazione riporta una sorta di dialogo avvenuto tra due attivisti nel corso di un'intervista collettiva. Non è stato possibile risalire a fonti più precise relativamente allo studio, riferito dagli intervistati, effettuato dal Comune di Napoli nel 2008.

“Tieni presente che sette anni fa non si intravedeva proprio uno scenario del genere. Era deserta la città, la sera si cominciava a popolare perché la cominciavamo a ripopolare noi con le birre fuori il baretto qua, basta. Ce ne sono tanti di cambiamenti in questo quartiere in particolare perché nel frattempo è stato preso d’assalto dai turisti [...] c’è anche la questione specifica di questo tessuto napoletano, di questo centro storico che è assolutamente... è snaturato, via via c’è una dinamica di gentrificazione che purtroppo è molto molto veloce. All’epoca si manifestava smantellando i presidi pubblici e adesso c’è l’aggressione più commerciale, più violenta che poi significa anche tanto alcool, niente bagni, gabinetti nel Centro storico, quindi una situazione sanitaria anche abbastanza... notevole.” (V. attivista)

Si vuole sottolineare qui come questo processo di gentrificazione non venga percepito come tale da tutti gli intervistati. Ad esempio, un altro attivista commenta:

“secondo me non siamo ancora in presenza di una vera gentrificazione, cioè è una trasformazione urbana che dipende dal turismo, ma se domani il flusso turistico diminuisce perché si ricomincia ad andare in Marocco per esempio, cioè secondo me torna tutto come prima.” (S. attivista)

È in questa zona che proprio il Comitato Centro Storico, insieme agli attivisti dello spazio Zero81 ha avviato il progetto del Presidio di Salute Solidale, nato tra il 2012 e il 2013 a Largo Banchi Nuovi dentro una ex mensa dell’Università Orientale occupata dagli studenti dopo le mobilitazioni contro la riforma universitaria promossa dall’allora ministra Gelmini e che tutt’ora porta il nome Zero81²⁶². L’edificio è in un piano interrato in cui è stato ritagliato uno spazio destinato alle attività di un vero e proprio ambulatorio con un lettino, un bagno ed un ecografo.

Nel corso degli ultimi mesi di attività sul campo gli attivisti del Presidio hanno allestito anche una seconda sala entro un’altra occupazione, Santa Fede Liberata, che si trova a qualche centinaio di metri da Banchi Nuovi e a pochi passi dal complesso monumentale di Santa Chiara. Questo edificio, occupato nel dicembre 2014 dal Comitato Centro Storico e da abitanti del quartiere, era stato in precedenza un oratorio e un ritiro penitenziale femminile e, come riporta il primo comunicato a firma Assemblea di Santa Fede Liberata ambiva ad essere “un’esperienza concreta di comunità plurale, molteplice e relazionale, consapevoli che si tratta di un processo complesso che necessita di fatica e creatività” (volantino Santa Fede Liberata 2014)

La struttura dell’edificio, con una grande corte interna e diverse stanze restaurate messe a posto e rese fruibili nel corso di questi anni, è attualmente a disposizione per le iniziative collettive e le varie

²⁶² Il nome fa riferimento al prefisso telefonico della città di Napoli.

attività del quartiere. È qui che il Presidio di Salute Solidale svolge le proprie attività pubbliche e collettive come ad esempio i laboratori sulla sessualità e sulla nutrizione che saranno descritti nelle prossime pagine.

L'ex Ospedale Psichiatrico Giudiziario a Materdei è un edificio che è stato occupato nel marzo 2015 ed è stato ribattezzato "Je so' pazzo" anche per mettere in evidenza il valore simbolico della scelta:

"È successo che da un lato era così forte e probabilmente non pensavamo così tanto il semplice atto di aprire le porte di una struttura che era sempre stata vista come un carcere, perché se ne parli con le persone del quartiere, lo chiamano il carcere. Ed è una struttura enorme che taglia a metà il quartiere che di fatto nelle storie anche personali di ciascun abitante del quartiere ti viene sempre dipinta come questa presenza ingombrante all'interno della vita quotidiana di ciascuno perché c'è questo timore verso chi esprime un disagio psichico [...] da un lato [c'era] il timore di cosa ci fosse dentro e dall'altro la curiosità e il fatto che questo posto fosse totalmente invalicabile e al tempo stesso enorme perché ha una superficie di 9000 m². Quindi, tutte queste cose qua, è bastato semplicemente aprire le porte per vedersi riversare tutto il quartiere all'interno." (N. medico)

Entrando in questo edificio gli occupanti hanno avviato diversi progetti tra cui quello di uno Sportello Medico Popolare in cui vengono svolte visite di medicina generale, ma anche specialistiche oltre che attività di Sportello di ascolto e nutrizionale. Nel corso degli anni si sono aggiunte nuove specialità e sportelli e tutte le attività si svolgono in una parte dell'edificio predisposta a questo scopo con una sala d'attesa in cui è presente una postazione per la prima accoglienza e la raccolta delle informazioni amministrative. Sullo stesso piano è stato allestito un primo ambulatorio e, con una rampa di scale, si accede al secondo piano in cui sono presenti una seconda sala d'aspetto con un tavolo utilizzato come segreteria nelle giornate di maggior afflusso, ad esempio quelle per gli screening ginecologici, e un altro ambulatorio. Nel tempo questi spazi sono stati forniti anche di tre ecografi, due destinati alle ecografie generali e l'altro per le ecografie alla tiroide e al seno. Di questi, due sono stati donati all'Ambulatorio mentre il terzo è stato acquistato attraverso una raccolta fondi. Provenendo dal centro storico si accede alla struttura tramite una scalinata da cui è possibile osservare sia l'imponenza dell'ex ospedale psichiatrico che la posizione piuttosto centrale rispetto al rione in cui è inserita. Nelle altre stanze dell'edificio sono stati allestiti spazi funzionali alle diverse attività, dagli uffici per l'assistenza legale e gli sportelli sul tema del lavoro a stanze predisposte per iniziative rivolte a incentivare la socialità come ad esempio un teatro, un campo da calcio e una palestra.

Un altro gruppo attivo sul tema della salute nel Centro storico di Napoli è il Comitato di Lotta per la Salute Mentale che condivide la sede con lo storico gruppo di Disoccupati organizzati di Banchi Nuovi. Questo edificio, occupato da 45 anni, si trova nel quartiere Pendino, in una laterale del decumano inferiore a pochi passi dall'entrata del quartiere di Forcella. È il luogo in cui, dal 2012, il Comitato si ritrova per svolgere le proprie assemblee caratterizzate dall'apertura a tutti e tutte, con un'attenzione particolare all'inclusione delle persone che hanno manifestato disturbi psichici e dei loro familiari. La scelta della sede è strettamente legata alla genesi di questo progetto perché esso è nato, come si è visto, a partire dalle valutazioni fatte da parte dei Disoccupati Organizzati sugli effetti che la disoccupazione e le condizioni di lavoro avevano sulla salute mentale delle persone. Entrando nell'edificio la sala a disposizione del Comitato si trova sulla sinistra mentre è stata allestita nell'atrio e in una sala nel retro dell'edificio una mostra fotografica sulle lotte e le iniziative fatte dai Disoccupati Organizzati fin dalle loro origini a metà degli anni Settanta.

Il Comitato nato per contrastare la chiusura dell'ospedale San Gennaro si ritrova in alcune sale abbandonate dello stesso ospedale situato nel rione Sanità. Questo rione è particolare perché si trova in una zona più bassa del resto della città, ha praticamente un'unica via d'accesso, ed è una delle zone più popolari di Napoli²⁶³ anche se, secondo quanto riportano gli attivisti del comitato, ci sono segnali che fanno presumere l'avvio di un processo di gentrification anche in questa zona. La storia dell'ospedale San Gennaro è particolare perché si tratta di un edificio di interesse storico e artistico in cui coesistono la struttura più prettamente nosocomiale e una basilica, quella di San Gennaro fuori le mura. Accedendo dall'ingresso principale, le stanze occupate dal comitato si trovano sulla sinistra mentre di fronte si apre alla vista una struttura imponente, per quanto bisognosa di interventi di ristrutturazione, con due rampe di scale da cui si accede ad un atrio coperto con affreschi cinquecenteschi. Le stanze nelle disponibilità del Comitato vengono utilizzate per le riunioni e per iniziative pubbliche, quali presentazioni di libri, ma vengono messe a disposizione anche per altre necessità particolari. È accaduto ad esempio che, durante un'ondata di freddo particolarmente intenso, siano state aperte alcune di queste stanze, compresa quella adibita a cucina, per ospitare durante il giorno le persone senza fissa dimora che, pur trovando alloggi per la notte, non avevano la possibilità di stare in un luogo chiuso durante il resto della giornata.

²⁶³ Sono gli stessi intervistati a riportare come il quartiere sia caratterizzato da aspetti peculiari quali una forte impostazione matriarcale della vita quotidiana in cui il tasso di dispersione scolastica è molto elevato e dunque vi è un basso grado di scolarizzazione.

Una situazione molto diversa è quella dell'ambulatorio di Emergency aperto nel quartiere Ponticelli nell'agosto 2015 e che rientra nel Progetto Italia avviato dalla Ong quando cominciò a farsi sempre più drammatica la situazione degli sbarchi dei migranti sulle coste italiane, ma anche alla luce della constatazione di una maggiore difficoltà di accesso alle cure per gli italiani. Il servizio è nato dunque per poter dare una prima assistenza a coloro che trovandosi sul suolo italiano avevano bisogno di cure sanitarie. Oggi gli ambulatori sono 11, distribuiti in diverse regioni, e si attivano a partire dalla volontà di concretizzare il diritto alla cura sancito dalla Costituzione che "è spesso disatteso: migranti, stranieri, poveri spesso non hanno accesso alle cure di cui hanno bisogno per scarsa conoscenza dei propri diritti, difficoltà linguistiche, incapacità a muoversi all'interno di un sistema sanitario complesso" (sito web Emergency, 2018). L'edificio in cui è stato avviato questa attività a Ponticelli è stato assegnato dal Comune e ristrutturato per essere funzionale alle attività previste e dunque dispone di diversi uffici e ambulatori recentemente restaurati. Entrando, sulla sinistra, è stato predisposto un primo punto informativo in cui un operatore si occupa di indirizzare la persona che arriva in base alla tipologia di bisogno, dopo aver provveduto a raccogliere le informazioni amministrative e sanitarie necessarie. Da un punto di vista pratico, questa struttura sorge in un'area mal collegata dal trasporto pubblico e dunque Emergency ha messo a disposizione anche un servizio di navetta che tre volte al giorno fa la spola da Ponticelli verso la zona della stazione centrale e del centro avvicinandosi alle mense della Caritas, a edifici occupati e campi rom per facilitare l'accesso all'ambulatorio per chi ne ha bisogno.

C'è poi l'ambulatorio presso l'ospedale Ascalesi, situato anch'esso nel Centro storico, in questo caso nel cuore del rione Forcella e più vicino all'area della stazione Garibaldi in cui è stato avviato, a partire dagli anni Novanta un ambulatorio per gli utenti migranti. Oggi quest'esperienza è del tutto interna al servizio sanitario e svolge una preziosa attività di tutela della salute per un gruppo sociale che altrimenti, come si è visto, sarebbe in una situazione ancor più grave. La particolarità di questo servizio è però la storia del suo avvio perché, come si vedrà più avanti in dettaglio, è frutto di una lotta di alcuni medici contro le istituzioni sanitarie. Anche l'ospedale Ascalesi rientra tra quelli per cui è in corso una ristrutturazione organizzativa e dunque sarà necessario mettere a verifica nel tempo quanto questo ambulatorio potrà continuare ad operare.

Dopo questo breve inquadramento geografico e di contesto delle principali esperienze riconducibili, pur a vario titolo, alla medicina sociale, si procederà ad esaminare nel dettaglio come i gruppi politici attivi su questi temi stanno affrontando queste tematiche. A partire da un'analisi dei diversi gruppi, utile a comprenderne le differenze ed i punti di contatto, verrà fatta discendere una fotografia delle scelte relazionali locali e nazionali, con un'attenzione particolare a quelle relative alle istituzioni

cittadine e sanitarie. Si procederà successivamente ad una descrizione delle principali proposte innovative che queste esperienze hanno prodotto per soffermarsi infine su quale idea di salute, di relazione tra saperi esperti ed esperienziali emerge da ciascun gruppo. Il capitolo si concluderà con alcune riflessioni parziali su quanto emerso studiando il caso di Napoli.

4.2 – Presentazione delle esperienze attive nel centro storico di Napoli. La loro genealogia nel loro sguardo

La scelta di concentrare l'attenzione sul caso napoletano è da ricondurre alla sua peculiarità e dunque alla diffusione di esperienze che nascono in forma autogestita e che investono le proprie energie sull'intervento politico nell'ambito della salute. In particolare, queste realtà sono quelle da cui hanno preso le mosse le iniziative cittadine coordinate che per un breve periodo²⁶⁴ sono state organizzate sotto la denominazione comune di Rete per la salute, ad oggi non più formalmente attiva. L'esperienza dell'ambulatorio per migranti dell'ospedale Ascalesi e quella dell'ambulatorio di Emergency a Ponticelli saranno prese in considerazione per alcuni aspetti specifici relativi in particolare alla relazione con le istituzioni e alle iniziative proposte che contribuiranno a restituire un'immagine complessiva del caso indagato.

Provando ad individuare un ordine attraverso cui procedere alla descrizione e all'analisi delle esperienze considerate, si è scelto di classificarle in base a ciò che esse stesse individuano come fulcro delle proprie attività, l'aspetto prevalente della propria iniziativa politica. Questa scelta è stata ponderata sulla base degli obiettivi di questa ricerca, ma è utile sottolineare che gli elementi di continuità e discontinuità tra queste esperienze sono molteplici e dunque sarebbe possibile disporle secondo ordini differenti se si concentrasse l'attenzione su altri aspetti, come ad esempio la relazione con i lavoratori del settore sanitario o la tipologia di attività informative e divulgative svolte. È quindi necessario riconoscere fin da subito che questa risulta essere una suddivisione arbitraria che, inoltre, blocca entro una fotografia ciò che in realtà è una situazione in continuo mutamento. La semplice osservazione delle rispettive pagine sui social media dei vari collettivi mostra come, nei mesi successivi alla chiusura del lavoro sul campo, si siano susseguite diverse occasioni pubbliche e iniziative che richiederebbero un ulteriore approfondimento successivo. Si proverà ad ogni modo a rendere esplicite le caratteristiche di ciascun gruppo utili a restituire la complessità della riflessione sul diritto alla salute e le pratiche che ne provano a facilitare il raggiungimento.

Si è dunque scelto di procedere disponendo le esperienze secondo un continuum che inizia da chi propone attività specificamente sanitarie e ambulatoriali per arrivare a chi rifiuta questo tipo di iniziativa e guarda a proposte in seno ai servizi pubblici esistenti.

In questo senso, si approfondiranno più in dettaglio l'esperienza dell'Ambulatorio Medico Popolare, del Presidio di Salute Solidale, del Comitato di Lotta per la Salute Mentale per concludere con il Comitato San Gennaro.

²⁶⁴ Come si vedrà nel dettaglio successivamente, la Rete per la Salute ha lavorato soprattutto alla costruzione della giornata del 7 aprile 2017 contro la privatizzazione della salute.

Denominazione	Attivisti/operatori	utenti
Sportello Medico Popolare	40 medici	1000 visite nel 2017
Presidio Salute Solidale	5-8 (ambulatorio), 15-20 Comitato	10 ecografie/settimana
Comitato Lotta Salute Mentale	--	--
Comitato San Gennaro	10-15 attivisti	--
Ambulatorio Ascalesi	1 medico, alcuni volontari a turno	8025 visite nel 2017
Ambulatorio Emergency	7 strutturati, 15-20 volontari	3450 visite

Tabella 6 - Operatori, attivisti e utenti.

Sportello Medico Popolare

L'attività principale di questo gruppo è quella ambulatoriale per cui un medico si occupa dell'accoglienza svolgendo una funzione di triage e segreteria. Compila una scheda anagrafica con alcune indicazioni sanitarie sulla base del colloquio con l'utente a cui viene poi chiesto di attendere il proprio turno in sala d'aspetto fino a che non viene chiamato per entrare in visita. Il collettivo ha attivato anche altre proposte quali alcune giornate di prevenzione dedicate in particolare alla salute delle donne. La necessità è sorta perché il servizio di screening oncologico regionale è molto limitato nonostante sia un'area esposta a rischi:

“La regione Campania è ultima in tutta Italia per percentuale di copertura delle popolazioni di aventi diritto agli screening di prevenzione oncologica gratuita! Di tutte le donne che rientrano nelle fasce d'età target, solo al 20,8% viene garantito un Pap test, solo al 23% una mammografia! Eppure viviamo i territori più inquinati e devastati di questo paese, dove vige solo la legge delle speculazioni private e delle mafie, la legge di una classe politica criminale che lascia al popolo il conto da pagare: quello dei tassi di incidenza tumorale fra i più alti d'Europa!” (volantino Sportello Medico Popolare, 2018).

Attraverso le interviste e leggendo i materiali da loro prodotti, emerge la percezione da parte dei medici e attivisti coinvolti in questo progetto, che le persone che si rivolgono a loro abbiano una buona consapevolezza di quali sono i propri diritti e anche i rischi a cui sono esposte, o quantomeno riconoscano il valore della propria salute e facciano di tutto per difenderla (volantino Sportello Medico Popolare, 2018).

Ricostruendo i vari passaggi è emerso come questo percorso avesse preso le mosse a partire dalla scelta di non fare un vero e proprio servizio ambulatoriale, di non sostituirsi al servizio sanitario, ma

di occuparsi di attività di orientamento ai servizi presenti a livello territoriale. La situazione è poi andata trasformandosi alla luce delle richieste che arrivavano dalle persone che si rivolgevano loro. Il tema della costruzione sociale del ruolo del paziente sembra essere anche in questo caso una questione aperta, ma sicuramente va tenuto conto della grande difficoltà specifica del territorio nel dover affrontare una serie di ostacoli burocratici in fase di accesso al servizio. Oggi sono più di 40 i medici volontari attivi nello Sportello, ma all'inizio i medici coinvolti erano molti meno:

“Però succedono tante cose graduali [...], anche sul gruppo dei medici perché siamo partiti in 5 o 6, oggi siamo 40 ad alternarci, chi viene una volta al mese, chi viene tutti i giorni, eccetera eccetera, ricostruisci le storie di tutti e poi ti accorgi di cos'è che ci unisce in qualche modo, cioè il fatto che fuori da una narrazione in cui i medici dei servizi pubblici sono tutti assenteisti, delle chiaviche, che vogliono solo fare i soldi, c'è un sommerso di persone che si fanno un mazzo così nei servizi. [...] proprio il lavoro quotidiano è faticoso il quadruplo, sono persone che hanno provato a resistere sui propri posti di lavoro, e siamo di varie generazioni, per cui ci sono io che ancora tra virgolette devo iniziare a lavorare in maniera vera e propria, c'è il medico in pensione, c'è il primario che fa anche il docente universitario, cioè, siamo molto variegati, la storia però che ci unisce è però questa, cioè la consapevolezza a un certo punto, ti dici, io provo a fare il mio lavoro al cento per cento, al meglio, in maniera retta, sul mio posto di lavoro, c'è un processo che è molto più grande di me e che sta mandando tutto a rotoli e se continua a rimanere in una dimensione di resistenza individuale, non incido proprio per niente. Questo sistema qua ha creato uno spazio in cui un certo tipo di discorso lo si articola collettivamente” (N. medico).

Si tornerà successivamente su questo problema della narrazione che viene fatta dei medici del servizio pubblico perché è un elemento che emerge fortemente soprattutto dalle parole degli attivisti dello Sportello Medico Popolare e del Comitato San Gennaro che fanno politica a stretto contatto con i servizi. Quello che si vuol mettere in evidenza qui è il numero consistente di volontari che interagiscono con questo sportello da cui è derivata la possibilità di offrire un'ampia varietà di sportelli specialistici a cui si aggiunge due giorni a settimana lo sportello di medicina generale per un totale di sei ore settimanali²⁶⁵. Queste attività hanno portato ad effettuare nel corso del 2016, secondo quanto riferito, circa 1000 visite a cui si aggiungono le circa 500 fatte tra l'estate e la fine del 2017.

Ma anche le giornate di sensibilizzazione sulla prevenzione sanitaria hanno una grande importanza per l'attività dell'Ambulatorio:

²⁶⁵ Secondo quanto riportato dal calendario ufficiale dell'ex OPG Je so' pazzo, sono disponibili questi sportelli specialistici: nutrizionale, psicologico, ginecologico, cardiologico e pediatrico 1 volta a settimana; ortopedico, gastroenterologico e di chirurgia generale 2 volte al mese, ematologico e pneumologico una volta al mese.

“[prevenzione] secondaria soprattutto, ma anche primaria²⁶⁶ [...] c’è molta consapevolezza su questo, sono giornate che facciamo in cui somministriamo dei questionari di inchiesta alle persone che vengono per cui il senso che poi si dà alla giornata e le persone che partecipano lo percepiscono benissimo, è anche provare a fare un’inchiesta dal basso di quali siano poi le difficoltà di accesso ai servizi e agli screening oncologici di prevenzione in particolare da parte di chi poi viene qua” (N. medico)

Vi è dunque nelle intenzioni degli attivisti la volontà di indagare quelle che sono le mancanze del servizio pubblico con lo scopo di costruire poi iniziativa politica per denunciarle e affrontarle insieme agli utenti. Questa pratica, da loro chiamata di *controllo popolare*, sarà presa in esame in modo più specifico nei prossimi paragrafi, ma può essere considerata indice della propensione prevalentemente politica con cui gli attivisti hanno avviato questa iniziativa. Dalle interviste emerge inoltre una ampia rete di attività e ambiti di intervento promossi dall’ex OPG da cui consegue una forte capacità di differenziare le risposte sulla base delle necessità che ciascun utente porta. Ad esempio, una dottoressa intervistata riporta il caso di persone che si rivolgono allo sportello per ragioni sanitarie ma che poi si scopre non riescono ad accedere alla tessera S.T.P. e che dunque possono essere rinviate all’interno dello stesso ex OPG agli attivisti che seguono le vertenze sui diritti dei migranti oppure, in altri casi, a chi segue gli aspetti più legati al mondo del lavoro o del diritto all’abitare. Questa struttura complessa fa sì che sia possibile, secondo quanto riportato nelle interviste, dare risposte articolate spostando il piano quando ci si imbatte in esigenze solo apparentemente mediche, ma che si rivelano essere soprattutto sociali:

“E su questo, ovviamente non in questa sede qua, però poi parlandoci piano piano provi, come dire, a dare un senso a queste richieste. Anche questo secondo noi è lavoro politico, cioè, poi ritradurre una richiesta d’aiuto che è una richiesta d’aiuto che rischia poi anche di esprimersi attraverso la visita medica inutile, tra virgolette. Però questo è secondo noi quello che manca anche fuori, nel senso, non hai più una figura del medico di famiglia di cui ti fidi ciecamente, se ti dice vatti a fare questo esame, quest’altro è inutile.” (N. medico)

Il tema dei determinanti sociali di salute, dunque, viene affrontato diversificando l’intervento quando al fattore sanitario si affiancano fattori sociali, economici o di altro tipo, ma non all’interno

²⁶⁶ Con prevenzione primaria ci si riferisce alle iniziative rivolte ad una persona sana per evitare l’insorgere di malattie mentre la prevenzione secondaria è quella rivolta a soggetti già ammalati, ma in uno stadio iniziale. Esiste anche la prevenzione terziaria con cui ci si riferisce al controllo di malattie croniche o alla riabilitazione.

dell'impostazione dell'attività sanitaria. La scelta è di fare lavoro politico a partire dagli sportelli utilizzati come primo contatto con le persone, per agire poi nei confronti dei servizi pubblici che non funzionano, ma anche con l'intento di attivare una maggiore consapevolezza dei diritti degli utenti che a loro si rivolgono. Rispetto a questa scelta gli stessi intervistati mettono in luce come vengano loro rivolte alcune critiche che richiamano i punti di vista emersi anche nel dibattito storico sulla medicina sociale. In particolare, viene obiettato come questo approccio rischi di proporre un modello sussidiario al servizio sanitario perché, pur lasciando al singolo medico volontario l'organizzazione dei tempi di visita o proponendosi di dare maggiore attenzione alle condizioni di contesto in cui insorge la malattia o il disturbo, la pratica ambulatoriale rimane molto simile a quella ufficiale e si appoggia prevalentemente sulla biomedicina. La risposta di un'operatrice e attivista su questo punto è interessante perché apre una serie di punti interrogativi più ampi soprattutto rispetto alla possibilità di generalizzazione di esperienze di questo tipo:

“pur essendo partita da un'idea di ambulatorio iniziale molto diversa, diciamo, io non toccherei niente di quello a cui siamo arrivati. Molti ci contestano [...] il fatto che ritengono questa una declinazione assistenzialistica - nella sua accezione negativa - dell'impegno sul sociale. Per quello che penso io non è così perché assistenzialismo è quello che funge da stampella ad un sistema che non funziona per sopire determinate contraddizioni, in onestà non penso che nessuno che transita qua dentro se ne esca con questa sensazione, non è quello che facciamo. In molti ci scuotono sul rischio di medicalizzare delle questioni, di indurre quasi un bisogno di assistenza medica anche dove non c'è. Anche in questo caso, può essere, [...] è vero pure che certe valutazioni si fanno sui grandi numeri [...] e soprattutto questa cosa può essere un po' più vera laddove ci sono condizioni strutturali fuori diverse. Per dire, sugli screening di prevenzione c'è stato anche molto dibattito, anche alle riunioni nazionali che per noi è sacrosanto e interessantissimo, ma veramente. Il problema è che poi ti accorgi di cosa succede fuori, nelle regioni in cui gli screening diventano un bombardamento, per cui ne devi fare 64 mila e ti vengono a prendere a casa col pullmino, cioè, ma lì andresti effettivamente a lavorare su un altro tipo di contesto esterno, qua c'hai un problema, quando Presa diretta dice che a Napoli hai un'aspettativa di vita di 8 anni in meno della media europea²⁶⁷, veramente stai seduto sopra una bomba a orologeria. E le persone questa percezione ce l'hanno. [...] L'OPG qua funziona [...] ma è la forma di casa del popolo che abbiamo trovato che è perfettamente inserita in un determinato contesto sociale e politico che è quello napoletano. Pensare di astrarre dall'esperienza dell'OPG degli elementi che possano essere meccanicamente applicati sempre, cioè, non esistono formule sempre perfette” (N. medico).

²⁶⁷ In realtà quelli riportati dall'intervistata sono dati Istat riferiti a tutto il Sud Italia in rapporto a quelli relativi all'Italia settentrionale. Si rinvia per informazioni più dettagliate al già citato articolo di Pio Russo Krauss, *La salute dei napoletani*.

Ancora una volta viene sollevato il tema del contesto in cui queste sperimentazioni nascono e crescono. Gli stessi attivisti riconducono alla necessità di dare risposte immediate a bisogni emergenti a livello sociale anche la loro scelta di modificare l'intento che avevano inizialmente di fornire strumenti orientativi per farlo diventare un'attività in cui, pur con modalità differenti nell'esecuzione rispetto a quanto accade nell'ambito del servizio pubblico (e privato), prevale l'approccio biomedico.

Presidio di Salute Solidale

Il Presidio di Salute Solidale ha attraversato diverse fasi nel suo sviluppo accompagnate dall'evoluzione della riflessione politica del gruppo che lo ha istituito. Inizialmente il Comitato centro storico, in collaborazione con gli attivisti del centro sociale Zero81, aveva avviato un progetto di doposcuola per i bambini e gli adolescenti che vivono nei dintorni di largo Banchi Nuovi:

“quest'esperienza nasce perché si cercava di dare una risposta un po' diversa sul territorio a partire da questo luogo occupato che aveva già sperimentato il doposcuola. Quindi, sulla scia di un'apertura verso il territorio, si cercavano degli elementi di aggancio, anche perché era il momento della crisi per cui stavano decadendo dei servizi. [...] per quanto riguarda la sanità, noi siamo partiti con l'idea di sostenere il servizio pubblico sanitario. Poi, piano piano, abbiamo avuto questa evoluzione dalla difesa del Servizio Sanitario Nazionale, passando per la critica dello stesso e fino all'elaborazione di un concetto di salute più che di sanità [...] In pratica [l'arrivo di studenti di medicina laureati da poco] ha qualificato da un punto di vista medico quel Presidio che fino a quel momento si avvaleva di medici, ma soltanto in forma occasionale. Quindi, diciamo, da quel momento in poi nasce la forma del presidio così come [è oggi]. All'inizio, era un embrione che non aveva figura politicizzata dal punto di vista dei medici, ma aveva questa volontà, da parte di molti compagni di dare un senso al lavoro sul territorio e di difesa degli ospedali che ci sono nel centro antico” (V. attivista).

L'impronta del Presidio è dunque essenzialmente politica, fondata sul riconoscimento del diritto alla salute come diritto imprescindibile, anche attraverso la difesa del servizio pubblico. I fondatori non erano medici, né avevano competenze specifiche in quest'ambito, ma nell'arco di qualche mese, raccolsero intorno all'idea del Presidio una decina di studenti o neolaureati in medicina che cominciarono a frequentare questo spazio assiduamente. Forse paradossalmente, ma proprio l'arrivo di un gruppo di medici presenti in modo più continuativo, porta la riflessione sulla salute in una direzione progressivamente meno biomedica.

Racconta una di loro:

“all’università facevamo un collettivo di analisi sul Servizio Sanitario Nazionale [...] Erano gruppi di studio, poi facevamo assemblee pubbliche in cui erano principalmente dibattiti e analisi [...] fino che, ad un certo punto, c’era l’esigenza di fare qualcosa di pratico. Io conoscevo alcuni dello Zero81 che mi dissero che era stato avviato questo ambulatorio e quindi come gruppo ci interrogammo se andare o meno poiché fino a quel momento l’idea era che l’ambulatorio non aveva diciamo valenza politica perché era un po’ come sostituirsi al servizio sanitario, quindi non si credeva nell’azione di offrire un servizio e ci fu una divisione. [...] Io cominciai ad andare da sola al Presidio di Salute Solidale e al Comitato [tra la fine del 2013 e l’inizio del 2014...] iniziai a seguire le assemblee con loro e pian piano anche l’organizzazione dell’ambulatorio che allora era prettamente... facevano visite ecografiche e poi c’erano degli specialisti che a turno iniziavano a venire come volontari [...] Il Comitato lo lasciava molto libero, per cui tutti quei pregiudizi che c’erano prima sul fatto di non fare un servizio, era abbastanza facile romperli nel senso che comunque partecipando alle assemblee, se uno aveva delle proposte, sperimentando le cose si potevano tranquillamente cambiare [...] piano piano abbiamo iniziato a fare attività differenti” (R. medico)

Anche in questo caso dunque, ci sono diverse resistenze iniziali all’idea di attivare uno sportello proprio per il rischio, così è stato definito, di diventare un servizio alternativo, sussidiario a quello pubblico. Con l’arrivo di questi giovani medici e l’acquisto di un ecografo si attiva uno spazio dedicato alle visite mediche e a quelle ecografiche che viene calendarizzato mensilmente. Si può ipotizzare che, nonostante il background formativo biomedico dei nuovi militanti, proprio la loro esperienza di studio e autoformazione critica svolta dentro i collettivi universitari, sia stata alla base di questa possibilità di tradurre in nuove pratiche gli stimoli, apparentemente contraddittori, che avevano dato avvio al Presidio stesso.

In questo caso l’evoluzione ha preso una strada differente rispetto a quanto avvenuto nell’Ambulatorio Popolare ed ha portato ad approfondire le sperimentazioni di medicina sociale sia confrontandosi con chi stava studiando percorsi simili in Italia, che nel resto del mondo. Gli attivisti hanno cominciato dunque ad approfondire alcune pratiche proponendo incontri pubblici e giornate aperte alla partecipazione degli abitanti del quartiere. Tra le altre cose è stata sperimentata la medicina di comunità con il supporto di alcuni medici che la stavano utilizzando a Roma e viene avviata una collaborazione con la Gruppo per la realizzazione della seconda residenziale aperta prevista dal

progetto del PHM e intitolata “Costruire spazi e comunità in salute”²⁶⁸. Secondo gli intervistati, queste relazioni hanno contribuito all’avvio di una riflessione sempre più articolata sulle pratiche da utilizzare per superare il momento dello sportello come momento centrale delle attività fino all’ideazione di alcuni laboratori partecipativi. Si tornerà successivamente su questa pratica per una descrizione più dettagliata, ciò che è interessante mettere in evidenza qui è come l’esperienza del Presidio di Salute sia nata riconoscendo nel diritto alla salute un elemento fondamentale e da difendere, ma individuando nel servizio sanitario attuale dei limiti non solo strutturali o congiunturali, ma essenzialmente di impostazione. Lo slogan utilizzato dal Comitato centro storico e poi assunto anche dal Presidio è “Non facciamo carità, creiamo comunità”, riprendendo una frase utilizzata dagli attivisti di Occupy Wall Street e rappresenta il senso che gli organizzatori hanno voluto dare alla loro proposta:

“ci abbiamo messo tantissimo tempo perché, diciamo anche che la nostra composizione è disomogenea [...] era veramente la voglia di mettersi in gioco in un processo che poi è mondiale. Tanto è vero che il riferimento dello slogan con cui nasce il Presidio di Salute è quello là che noi abbiamo adottato da Occupy Wall Street [...] Abbiamo fatto molte assemblee cittadine, non abbiamo creato direttamente l’ambulatorio. Non pensavamo che l’ambulatorio fosse la risoluzione, ma che fosse un progetto, un punto di partenza per dare concretezza poi a tutto un ragionamento che abbiamo cominciato a portare in piazza. Quindi abbiamo cominciato a creare delle assemblee cittadine in piazza e abbiamo cominciato a parlare di salute” (V. attivista)

Uno stimolo in particolare ha colto nel segno rispetto alle intenzioni con cui questo gruppo ha avviato la riflessione sulla salute ed è quello dei promotori di salute. Questa figura, delineata in alcuni paesi dell’America Latina, a Cuba e in Chiapas come una persona, non necessariamente formata dal punto di vista professionale in ambito sanitario, che svolge una funzione importante nella comunità raccogliendo bisogni, intervenendo nei casi in cui c’è necessità di qualche indicazione di educazione alla salute, per esempio nelle scuole o in altri ambiti collettivi. Un’attivista del Presidio racconta così l’avvio di questa ipotesi di lavoro:

“Abbiamo avuto incontri anche con ragazzi che erano impegnati in Chiapas per esempio, e quindi abbiamo condiviso con loro il discorso dei promotori di salute che ora pure sta diventando uno spunto molto importante per la nostra attività. I promotori di salute non devono essere necessariamente dei medici, quindi noi a maggior ragione ci ritroviamo in questo ragionamento

²⁶⁸ Il programma delle giornate è disponibile in <https://gruppaphm.noblogs.org/post/2016/06/08/napoli-10-12-giugno-2016-il-movimento-fa-bene-programma-definitivo/>

perché la salute la intendiamo come un patrimonio personale senz'altro, ma anche collettivo. Perché poi tutto questo ci ha portato molto lontano [...] sono varie direttrici che abbiamo seguito, però abbiamo cercato di seguire poi dei dibattiti più ampi, delle sollecitazioni che ci venivano dall'esterno. [...] abbiamo cominciato a lavorarci su e infatti, non ci sentiamo una targhetta oppure un tesserino quando camminiamo, però è un po' questa l'idea, noi promuoviamo sia un'idea di salute che è un'idea di sanità che sia prevenzione sul territorio, non certo momento finale di una cura farmacologica i cui risultati oramai sono anche molto in crisi” (V. attivista).

L'impostazione che è stata data è quindi orientata verso un approccio di salute globale che, pur tenendo conto degli aspetti sanitari e della necessità di tutelare il servizio sanitario, anche alla luce delle specifiche difficoltà del territorio, ritiene sia necessario agire ad altri livelli e con strumenti non biomedici per migliorare le condizioni di salute e permettere il raggiungimento del benessere.

Comitato di Lotta per la Salute Mentale

Come visto in precedenza, il presupposto su cui si basa il Comitato di Lotta per la Salute Mentale è la messa in connessione di fattori sociali ed economici con la sfera dei cosiddetti disturbi mentali ed ha preso avvio a partire da un'indagine fatta da alcuni attivisti dei collettivi di disoccupati con sede a Banchi Nuovi a cui si è aggiunto un lavoro sinergico con un collettivo studentesco della facoltà di medicina.

Operativamente, gli attivisti non intendono prestare un servizio, diventare una forma di sussidiarietà al servizio sanitario, ma piuttosto garantire il diritto dei sofferenti a fare proposte su come intervenire sulla loro situazione. È radicata l'idea che ciascuno debba partire da sé e che ogni voce abbia pari dignità anche per contrastare la situazione attuale in cui, nonostante la formale chiusura dei manicomi, i servizi assistenziali continuano ad utilizzare pratiche medicalizzanti del disagio mentale e forme di contenimento fisico o chimico.

Secondo il Comitato, riconoscendo ai sofferenti in primo luogo il diritto di parlare per sé, possono essere realizzati interventi organici, funzionali ad un effettivo miglioramento delle condizioni di vita per i sofferenti.

In una chiacchierata a più voci svolta nella sede del Comitato è stato detto da uno degli attivisti che “il problema non è fare tazzine di ceramica, ma di fare passi avanti sui propri diritti. Non si può fare a meno della realtà se la vuoi trasformare”. Il tema al centro della discussione del Comitato è stato innanzitutto la definizione di strumenti autorganizzati per dare voce ai soggetti ritenuti affetti da varie forme di sofferenza psichica mantenendo sempre uno sguardo alle cause materiali di queste

situazioni. Vi è dunque l'intento di costruire iniziative e lotte collettive per affrontare in primis le cause tangibili di questi problemi:

“questo è l'indirizzo, [...] che poi non è casuale, ma del gruppo sociale. In questo caso i Disoccupati Organizzati, che hanno verificato determinate situazioni e quindi hanno anche in qualche modo scoperciato quello che chiamavi prima situazioni lavorative, cioè nell'ambito della produzione. La salute nell'ambito della produzione. In questo caso è chiaro che i disoccupati, per lo meno dal punto di vista formale, non sono inseriti in nessun processo lavorativo, ovviamente, fermo restando però che siccome siamo fatti di carne e ossa, mangiano e hanno i loro diritti a vivere, ognuno di loro fa dei lavori che non sono ufficiali in qualche maniera. Ciò significa che questi lavori non ufficiali sono per forza di cose, poiché sono senza diritti, senza regolamentazione, senza sindacati, fortemente sottoposti al ricatto giornaliero, se vogliamo. È ovvio che hanno delle condizioni di lavoro molto peggiori rispetto a quelle che sono pessime dei lavoratori ufficialmente inquadrati che hanno una serie di garanzie o di controlli ASL oppure anche ispettorato del lavoro o queste cose qua” (E. medico).

Sono dunque queste le ragioni da cui il Comitato prende le mosse rifacendosi anche all'esperienza di Sergio Piro, uno dei principali esponenti della psichiatria basagliana in Meridione che avviò, insieme ad altri, alcune sperimentazioni sul territorio per affrontare le difficoltà connesse alle condizioni di vita del sottoproletariato urbano andando oltre anche alle considerazioni sulla salute dell'allora classe operaia²⁶⁹. Da parte di uno degli ispiratori del progetto del Comitato, psichiatra e attivista fin dagli anni Settanta, emerge un'attenzione alla cura delle relazioni, della reciprocità che supera i confini delle competenze specialistiche, professionali, per rimettere al centro una discussione sulla salute e sulla medicina sociale:

“... il Centro di medicina sociale di Giugliano o la Mensa dei bambini proletari, ma ce ne sono state tante in città che sono nate come scintille e poi si sono spente dopo poco, a cominciare dagli anni Settanta, a cominciare da una serie di comitati di quartiere la cui storia nemmeno è scritta da nessuna parte. [...] Poi c'erano insieme anche, strana commistione, una serie di persone anche solitariamente che praticavano una forma di assistenza sociale nei quartieri, dalla Sanità ai Quartieri Spagnoli eccetera. Anche di semplice indirizzo, prima consulenza, ma tutto molto spontaneo e molto basato sul fondo di solidarietà che c'è in questa città, di responsabilità,

²⁶⁹ Spesso l'attenzione è stata posta sulle condizioni di vita della classe operaia come si evince anche da quanto riportato nel primo capitolo, ma nel contesto meridionale venne posta con forza la questione della salute per la fascia di popolazione non inserita nel tessuto produttivo che presentava caratteristiche proprie. Per un approfondimento sul lavoro fatto da Piro e dai suoi colleghi nell'area napoletana e in altre zone del Sud Italia, si veda Capacchione T., Primavera 180. Le lotte e le esperienze psichiatriche alternative nella stampa quotidiana, Sensibili alle foglie, 2018.

di convivenza tra orientamenti di tutti i tipi differenti. Specialmente nei rioni proletari, a maggioranza proletaria, ma nessuno più guarda la differenza a nessun titolo, diciamo. E sono decenni che è così. Noi siamo all'avanguardia da questo punto di vista della civiltà, anche della semplice civiltà" (E. medico)

La constatazione emersa dai confronti avuti con gli attivisti del Comitato di Lotta è che oggi la situazione sociale ed economica stia allargando il numero di persone che si trovano a vivere una situazione di sofferenza psichica che dunque non riguardi più solo la tradizionale categoria del sottoproletariato napoletano da cui le loro riflessioni avevano preso avvio, ma fasce sempre più ampie di popolazione tra cui precari e migranti²⁷⁰.

Comitato No alla chiusura dell'ospedale San Gennaro

Questo gruppo si differenzia dai precedenti perché nasce a partire dalle mobilitazioni che ci sono state negli ultimi anni in opposizione alla chiusura dell'ospedale San Gennaro, unico presidio sanitario presente nel rione Sanità. Questo comitato è composto da abitanti del quartiere e da lavoratori della struttura avviata verso lo smantellamento. Le proteste, iniziate a seguito della chiusura del Pronto Soccorso, hanno ripreso vigore nel settembre 2016 quando si è prospettata una chiusura definitiva della struttura. Combinando iniziative pubbliche e assemblee, il Comitato ha ritenuto che, per dare maggiore incisività ad un'azione di protesta, fosse utile definire una proposta che si è poi concretizzata nella stesura di un Piano alternativo a quello definito dalla Regione e dalla ASL Napoli 1. Questo Piano sanitario alternativo è stato stilato attraverso un confronto e poi un lavoro di sintesi tra quelli che erano i bisogni degli abitanti e le richieste dei lavoratori. La mobilitazione ha portato al fatto che il Comitato occupasse ed aprisse al quartiere alcune stanze in disuso a piano terra dell'Ospedale che sono diventate anche sede del collettivo in cui quotidianamente vengono svolte attività. La spinta che muove questa collettività è stata originata dunque da un input specifico, a tutela di uno spazio della sanità pubblica che, come molti altri nel centro storico di Napoli, è stato avviato verso un progressivo smantellamento. La relazione con la sanità pubblica si origina e quindi è stata costruita diversamente rispetto alle altre realtà considerate e l'impostazione politica dell'iniziativa viene riassunta così da uno degli attivisti:

²⁷⁰ Come accennato in altri passaggi, non è possibile approfondire qui gli aspetti direttamente legati alla salute mentale, ma si sono moltiplicati negli ultimi anni gli studi relativi alle connessioni tra disagio psichico e precarietà lavorativa ed esistenziale a cui si aggiungono le problematiche specifiche legate alle dinamiche migratorie odierne.

“Sicuramente la nostra prospettiva non è quella del mero immediato assistenzialismo, noi non siamo un’organizzazione che vuole dedicarsi unicamente all’assistenza per i bisogni primari perché [...] abbiamo capito che questo fa sì che tu venga visto dalla popolazione come un servizio per l’immediato bisogno e non come un qualcosa in più. Noi non dobbiamo solamente sostituirci ad un vuoto che è stato lasciato dalle istituzioni ufficiali, noi dobbiamo costruire nuove istituzioni, costruire un altro sistema sanitario che è qualcosa in più che aprire un ambulatorio, che ospitare i senza fissa dimora e quant’altro. Richiede un impegno e un’organizzazione di una qualità diversa da cui l’intento di non fermarci al San Gennaro e di essere, lo dico con un pizzico di orgoglio e un pizzico anche di responsabilità, di essere un po’ l’avanguardia per tanti altri comitati che poi sono sorti o che ci hanno cercato di conoscere costituendo un Comitato Campano, addirittura un comitato nazionale che sta unendo diverse realtà in tutta quanta l’Italia.” (L., attivista).

Ed è diverso anche il rapporto con gli operatori che, da parte loro, si sono trovati a dover difendere il proprio posto di lavoro. Vi è stato quindi un reciproco riconoscimento tra utenti e lavoratori che ha avviato una relazione stabile attraverso la costituzione del Comitato:

“Il rapporto con i lavoratori si è sviluppato su due livelli, un livello se vogliamo informale e quotidiano [che] chi ha più disponibilità anche di mattina poteva fare andando a parlare con loro veramente reparto per reparto, raccogliendo le esigenze, i disagi, le proposte. E su questo momento di proposta noi siamo stati bravi a subito capire che li dovevamo rendere partecipi con assemblee. Quindi noi abbiamo indetto diverse assemblee con i lavoratori nel corso di questo anno [...] è un atto rivoluzionario che loro hanno scritto, insieme a noi, un piano per il San Gennaro diverso, alternativo rispetto a quello che ci era stato imposto dall’alto. In cui, assumendo il dato che questo ospedale non doveva più essere un ospedale perché l’ospedale si definisce per il ricovero e qui il ricovero non c’era più, assumendo anche che questo debba essere una struttura poliambulatoriale [...] come possiamo potenziare al massimo tutte le risorse che abbiamo? Come potenziare il consultorio, come potenziare il centro di psicologia di comunità, come potenziare il collegamento con gli altri ospedali per le donne che devono partorire, come fare aprire i reparti che ancora non hanno aperto pur essendo presenti nel piano, come potenziare il punto di primo intervento? E questo è avvenuto dall’analisi dei bisogni della cittadinanza e dall’analisi dei bisogni dei lavoratori. Per cui si sono unite delle esigenze, delle competenze per cui loro danno la competenza tecnica noi spieghiamo, diciamo, gli interessi, i bisogni della popolazione sui punti che ci servono di più.” (L. attivista).

Viene sollevata però dagli stessi organizzatori la difficoltà legata alle forze a disposizione perché il nucleo più attivo è composto da una decina di persone, molte delle quali pensionate e, secondo quanto riportato da uno degli intervistati, è un limite importante con cui fare i conti. Dentro il percorso di lotta sono state avviate diverse iniziative volte al coinvolgimento degli abitanti del quartiere, anche l'apertura delle sale al San Gennaro è stata immaginata per dare spazio ad attività artigianali utili ad avvicinare altre persone del quartiere. Ma le ragioni per cui gli attivisti provano ad allargare la partecipazione è molto politica, di sensibilizzazione e attenzione da parte degli abitanti della zona:

“Una signora [...] che è membro attivissimo del comitato, c’ha 70, o quasi 70, ha superato due tumori, uno al seno e uno alla tiroide è ancora viva e vegeta, combatte, più di me e più di tanti della mia età, quindi veramente una persona... che dice come, a un’assemblea, prende la parola, e già questo è importante per persone [...] prendere un microfono e parlare è un gesto molto importante, non facile, e dice, come ci ha detto ieri [...] la politica non è il Salvini o Berlusconi o chi di turno, ma siamo noi che la stiamo facendo in questo momento. Proprio per far capire già questo scarto di passare dal cosiddetto populismo per cui tutta la politica in sé fa schifo quando in realtà sono certe espressioni del fare politica che possono essere meschine, a invece la politica siamo noi, siamo noi che prendiamo la parola e dal basso la politica può cambiare le cose. Sono io, sei tu, la signora [...] insieme si costruisce... C’è stato uno scatto di libertà, un atto di coscienza, c’è maggiore consapevolezza delle proprie capacità, c’è consapevolezza che insieme cioè nella comunità ciascuno avvia un cammino, un percorso e può compensare le difficoltà che un altro ha.” (L. attivista).

A proposito di quanto detto in precedenza sui punti in comune e le distanze tra i vari collettivi, pare emergere quasi un paradosso rispetto alle scelte di queste esperienze. Si nota che le due esperienze che più esplicitamente riferiscono di voler agire per un cambiamento del servizio pubblico sono anche quelle che stanno affrontando in modo diametralmente opposto la questione, da una parte l'Ambulatorio Medico e dall'altra il Comitato San Gennaro, l'uno aprendo uno sportello per poter raccogliere i problemi e i bisogni prevalenti tra la cittadinanza, e l'altro rifiutando radicalmente l'idea di poterlo fare proprio perché attribuisce questa funzione al servizio pubblico. La scelta del Presidio invece è differente e l'ideazione dello sportello sembra progressivamente perdere centralità a beneficio di attività di altro tipo.

4.3 – Relazioni tra le esperienze, reti locali e istituzioni

È emersa dall'indagine sul campo un'ampia intersezione di relazioni tra le realtà attive sulla salute presenti sul territorio napoletano che solo parzialmente può essere definita una vera e propria rete. La capacità di confronto e di scambio ha vissuto, secondo quanto riferito dai protagonisti, fasi alterne e ha spesso prodotto i migliori risultati quando il coordinamento avveniva in funzione di iniziative specifiche o proposte circostanziate. In particolare, emerge una generale disponibilità a supportare altri collettivi e comitati soprattutto in occasione di eventi particolari quali la chiusura di strutture sanitarie:

“per prima cosa abbiamo deciso che i lavoratori delle strutture sanitarie erano nostri alleati e non erano nostri nemici. Abbiamo cominciato a dire, noi siamo pazienti, cioè, noi vogliamo portare il punto di vista del paziente, non del medico perché ogni volta che ci ritrovavamo a parlare all'interno di queste assemblee vertenziali, le chiusure, le mobilità, perché poi questo è il loro linguaggio, veniva fuori che comunque che per noi era uno sguardo parziale quello là che loro stavano mettendo in campo [...] Ci sono state anche cose molto spontanee, non nate da noi, ma nate purtroppo dalla chiusura di tutta una serie di servizi al centro storico, nei quartieri più popolari, quindi in particolare al San Gennaro che è collegato con la Sanità, qua sopra c'è il [Pellegrini], a Forcella l'Ascalesi... l'Annunziata e anche poi molti sono stati i servizi per le donne e quindi erano anche maternità, cose per bambini anche, gli Incurabili ha perso il pronto soccorso ostetrico” (V. e N. attiviste)

È soprattutto nelle mobilitazioni in difesa del servizio pubblico che queste realtà si ritrovano e si confrontano sulle tematiche che di volta in volta emergono a partire, ciascuna, dalla propria specificità e punto di vista.

Viene sollevato da queste parole anche un altro nodo fondamentale e cioè quello della relazione con i lavoratori interni al servizio sanitario. Questo aspetto è emerso in tutte le interviste fatte e rivela una situazione molto contraddittoria per gli stessi operatori²⁷¹. In particolare, si possono distinguere diversi livelli di interazione e quindi anche la possibilità di costruire iniziative comuni, restando ferma, evidentemente, la disponibilità dei lavoratori stessi di mobilitarsi.

²⁷¹ Con lavoratori e operatori del servizio sanitario si fa riferimento qui a tutti quei medici, infermieri e professionisti che lavorano nei servizi pubblici e che, in alcuni casi, vengono coinvolti attraverso le mobilitazioni o le singole iniziative, ma che non sono organici alle attività dei collettivi. Ci si riferisce ad esempio ai medici che prestano la propria opera in modo volontario presso gli ambulatori sociali oppure ai lavoratori che collaborano ad una vertenza specifica relativa al proprio posto di lavoro, così come a tutti coloro che, nel quotidiano svolgimento delle attività si interfacciano con gli utenti per ciò che concerne l'accesso alla sanità. Questa suddivisione è esclusivamente funzionale ad osservare nel dettaglio la complessità di relazioni che si instaurano tra chi fa iniziativa politica su questi temi e chi si trova a lavorarci.

Si constata dunque che se nel caso degli ambulatori sociali veri e propri l'attivazione del personale sanitario non inserito anche all'interno delle dinamiche politiche è essenzialmente volontaristica, sia nel caso del Comitato di Lotta per la Salute Mentale che del Comitato San Gennaro alcuni operatori fanno parte anche del gruppo più operativo. Si può ad ogni modo ritenere che la relazione differente che si viene a creare sia fortemente condizionata dal tipo di attività e dal tipo di approccio che ciascun gruppo propone. È dunque comprensibile una maggiore partecipazione da parte dei lavoratori ad esperienze di difesa del servizio sanitario soprattutto quando concentrate su una specifica vertenza come può essere quella contro lo smantellamento dell'ospedale San Gennaro. Questo passaggio non deve però far pensare che la relazione sia sempre lineare, ma anzi è importante riconoscere l'impegno e la capacità avuta da questi gruppi di cittadini di affrontare la questione riconoscendo nei lavoratori delle strutture dei potenziali alleati invece che una controparte.

Un esempio operativo di questa alleanza è quanto avvenuto con le operatrici del consultorio della Sanità:

“... il consultorio qui funziona, gratuito e tennero un'assemblea medici del consultorio che erano prevalentemente donne e ci dissero “noi siamo di fronte a una difficoltà: le donne partorienti vengono qui e noi le seguiamo per tutti i nove mesi di gravidanza, ma non partoriscono qui, all'improvviso vengono spostate da un'altra parte, in un altro ospedale.” E ovviamente si crea una frattura per la paziente perché non vedono più quelle persone che le hanno accompagnate durante il cammino e partoriscono con persone del tutto sconosciute. E stesso in assemblea, pensammo a questa proposta, perché non cerchiamo di creare un collegamento con l'ospedale più vicino con un reparto maternità, che è quello degli Incurabili per far sì che tutte le nostre partorienti che vengono qua al consultorio vadano a partorire là agli Incurabili e facciamo venire i medici dell'Incurabili qua prima del parto così che si possano conoscere, o facciamo andare loro lì? E questa è una cosa che viene dalla popolazione per le donne che partoriscono, dai lavoratori che l'hanno intercettata, e da una proposta comune” (L. attivista).

Questo è anche il presupposto del Coordinamento Campano per la Salute nato dalla collaborazione dei comitati sorti in difesa degli ospedali del centro storico avviati verso la chiusura con gli ambulatori popolari:

“Contro chi distrugge la sanità, nascono ogni giorno in tutto il paese comitati, collettivi e coordinamenti organizzati da quegli utenti e quei lavoratori che hanno capito di essere loro l'unica alternativa capace di ricostruire la sanità pubblica e di far valere il diritto alla salute [...] Costruire comitati in difesa della salute all'interno degli ospedali e nei territori è oggi l'unica

strada per difendere la sanità pubblica e ricostruire quello che i poteri forti distruggono. Non lasciamo che le nostre vite, la nostra dignità professionale e la nostra capacità di decidere del nostro futuro finiscano nelle mani di chi vuole la salute come una merce, ma siano strumenti di una riscossa per scrivere insieme il futuro della sanità” (Coord. Campano per la Salute 2017).

L’attenzione allo sguardo dei lavoratori permette innanzitutto di cogliere un aspetto che spesso emerge anche a livello di informazione pubblica come scandalo di malasanità, ma che sottende tutta una serie di problematiche per cui i lavoratori si rivelano semplicemente i più esposti, quelli su cui una serie di malfunzionamenti e limiti strutturali ricadono mentre svolgono le loro attività. A questo proposito, un attivista dipinge uno scenario molto pesante e allo stesso tempo facilmente riconducibile anche alle notizie di cronaca frequentemente presenti sui giornali:

“Considera che soprattutto qua adesso stiamo al livello di una situazione invivibile per i lavoratori in tutta Napoli. Perché sono loro i primi ad essere attaccati dalla popolazione per i disastri stessi della sanità pubblica. E quando dico attaccati, non dico attaccati ideologicamente, dico attaccati fisicamente. Cioè, nei grandi ospedali, intasati perché tutti gli altri sono stati chiusi, vengono picchiati i medici del pronto soccorso. Le ambulanze che arrivano con 40 minuti di ritardo per soccorrere uno che è stato sparato, si ritrova la famiglia dello sparato e questi vengono picchiati. Quindi non è solo una situazione di senso comune per cui il pubblico fa schifo, noi cerchiamo di smantellare il senso comune per cui il pubblico fa schifo, [è] perché non ha la dirigenza che vuole farlo funzionare, e il pubblico fa schifo perché i lavoratori sono demotivati. Perché sono trattati e vivono condizioni lavorative ingestibili. Poi certo, sicuramente ci sono quelli che non hanno voglia di faticare perché hanno il posto fisso, questo non lo mettiamo in discussione. Ma sappiamo che questo cancro tu non lo risolvi distruggendo la sanità pubblica perché il privato funziona meglio, no ma gestendo in maniera diversa la sanità pubblica con un grado di partecipazione maggiore. Se i lavoratori facessero assemblee come le organizziamo noi, parteciperebbero al loro lavoro, cioè si sentirebbero coinvolti, parte di un processo e non semplicemente l’ingranaggio che deve funzionare per far funzionare la macchina. E ripeto, soprattutto negli ospedali grandi le condizioni lavorative... la gente fa pure turni di 15 ore, medici. Che poi la quindicesima ora... che cos’hai nella testa? Niente! Pure quello... è normale che sbagli. Oppure che a Nola, quando successe lo scandalo che curavano le persone per terra, tutto il senso comune, la televisione, attaccò i medici, ma quelli ringrazia il cielo che te lo stanno curando e non te lo stanno cacciando via. Quelli stanno facendo un’opera di salvataggio, non dipende da loro quella condizione, se ti tagliano le risorse, se ti spostano il macchinario, ma tu come pretendi di lavorare? Cioè, quello è un grande che ti ha curato per terra, devi solo ringraziarlo e invece loro stanno creando volutamente il senso comune, e questa

è un'altra modalità indiretta della privatizzazione per far passare l'idea che il privato funzioni meglio quando in realtà il privato passa per leggi del capitale della qualità del prodotto, cioè del servizio" (L. attivista).

Ciò che emerge anche da queste riflessioni è la conferma che è necessario soffermarsi ad osservare in modo critico anche situazioni apparentemente di facile decodifica²⁷². Se da un lato vengono riportati nelle interviste molti casi di personale che, non svolgendo o svolgendo male il proprio lavoro, di fatto ostacola il diritto all'accesso di alcune persone²⁷³, dall'altro molti altri lavoratori si trovano ad essere fortemente limitati nella loro possibilità di svolgere la propria professione da limiti strutturali del sistema²⁷⁴. Per provare a dirimere ulteriormente questa questione, potrebbe essere utile verificare in profondità se e come cambiano, anche nei confronti dell'utenza, i comportamenti degli operatori che svolgono anche attività di volontariato presso gli ambulatori sociali nelle differenti situazioni.

Vi è inoltre da evidenziare come una narrazione di questo tipo sulla sanità rischi di produrre effetti concreti anche sulla percezione che si ha del servizio pubblico avviando un processo di progressiva disaffezione che incide anche sul modo in cui si ricorre alle cure. Probabilmente se diventa un dato di senso comune l'inaffidabilità del servizio pubblico, potrebbe aumentare la propensione a rivolgersi alla sanità privata, almeno per coloro che possono, economicamente, accedervi.

Questo aspetto rivela anche che la ASL è percepita spesso come controparte, soprattutto dal momento in cui è stata trasformata in Azienda. Si è fatto riferimento in precedenza al caso dell'ambulatorio Ascalesi, il cui nome ufficiale è Centro per la Tutela della Salute degli immigrati, che è oggi un ambulatorio dedicato alle persone migranti con tessera S.T.P. Oggi questo servizio è integrato in quelli offerti dalla ASL Napoli 1 presso l'ospedale Ascalesi, ma la sua nascita ha origine in una mobilitazione avviata da alcuni medici negli anni Novanta quando cominciò ad intensificarsi il fenomeno immigratorio:

²⁷² Un discorso molto simile è emerso anche durante uno degli appuntamenti "Il movimento fa bene" in cui un'infermiera in un ospedale romano, trovandosi a vivere una situazione di malasanità nella gestione della malattia di un suo familiare, ne aveva messo in luce gli aspetti che, dal suo punto di osservazione, risultavano paradossali.

²⁷³ Ad esempio, gli intervistati che si occupano anche di accompagnare i migranti agli sportelli in cui vengono rilasciate le tessere S.T.P. raccontano di disservizi molto gravi. L'ex OPG ha promosso anche una giornata di controllo popolare (per una spiegazione approfondita di questa pratica si veda il prossimo paragrafo) presso uno di questi uffici in cui l'interpretazione restrittiva di una circolare interna ed il pregiudizio razzista faceva sì che venissero rifiutate le iscrizioni ai registri STP "ormai sono un po' di mesi che si è creata la discriminazione nella discriminazione verso gli srilankesi perché dicono, no va beh, voi generalmente lavorate e quindi siccome lavorate, non vi diamo i libretti STP" (N. medico)

²⁷⁴ Un'interessante riflessione su questi aspetti è stata proposta a seguito di alcuni episodi di cosiddetta malasanità in diverse aree del Meridione e raccontati dai media nel corso dell'estate 2018 Bove A., *Party, cartoni e formiche. Il dibattito estivo sulla sanità*, in "Napoli Monitor", 12 settembre 2018 <http://napolimonitor.it/party-cartoni-formiche-dibattito-estivo-sulla-sanita/>

“noi abbiamo avuto un’esperienza vincente che è quella dell’ambulatorio degli immigrati dell’Ascalesi. [...] Abbiamo creato un’alleanza tra settori lavorativi interni che erano, diciamo un po’ di infermieri che venivano dal movimento, gente che aveva conquistato il lavoro con la lotta. [...] Praticamente noi stavamo lì, dentro al centro dell’area della stazione e quindi c’era un flusso continuo di immigrati delle più varie nazionalità. Succedeva che questi arrivavano sempre al pronto soccorso, allora più o meno li mandavano da me, che dicevano tanto quello lì è di sinistra... è buono di cuore, suora di Calcutta e va bene. Però facemmo un passaggio successivo perché poi non ero solo io, c’era pure un infermiere, un ex Disoccupati Organizzati, ci stavano altri miei colleghi che in effetti magari non si esponevano tanto però erano sensibili eccetera. Rilevammo un vecchio dopolavoro dell’ospedale. Dentro il dopolavoro dell’ospedale, apriamo ufficialmente uno sportello di comunicazione con [i migranti] in realtà poi là dentro incominciammo a fare delle pratiche ambulatoriali a tutti gli effetti. Addirittura, la cosa bella fu questa, riuscimmo ad avere una bella collaborazione con gli studenti in medicina, che venivano là e ci davano una mano, gli studenti dell’Orientale che facevano le traduzioni, ma, voglio dire, pure i mediatori, diciamo... le persone che portavano i loro connazionali in ospedale erano quelli che conoscevano meglio la loro lingua, tante lingue non erano manco scritte, l’uolof, il bambara²⁷⁵ eccetera... e chi li conosce, no? Se non arrivava proprio quello lì della loro etnia e questo fu una cosa... questa cosa crebbe tanto, occupò uno spazio che tra l’altro era abbandonato. Perché [queste persone nel corso delle giornate] non facevano niente, c’era il piano che [prima] era delle suore e noi facevamo attività culturali, diciamo così. Riuscimmo persino a far venire un medico cinese che faceva l’agopuntura, insomma, gente che faceva pratiche di medicina alternativa, ma questo per adattarci alla loro mentalità. Alla fine, la cosa parte, rischiamo pure... fui richiamato, problemi disciplinari, quelli furono minacciati, i responsabili di questa struttura furono minacciati, però comunque il discorso importante qual era? Che attraverso questa porta, tutte queste problematiche rientravano dentro il sistema sanitario nazionale e noi lo imponemmo. Poi alla fine fu aperto e ci sta ancora [...] l’ambulatorio per gli immigrati dell’Ascalesi, che fu ufficializzato e sta ancora lì” (P. medico).

Questo servizio è oggi sostenuto essenzialmente da un solo medico che viene coadiuvato occasionalmente da specializzandi o volontari. La vicenda ricorda, per certi aspetti, il processo di istituzionalizzazione dei consultori familiari. Questo ambulatorio, nato da un percorso di lotta interno all’ospedale, è stato poi riassorbito e lasciato in attività senza che però gli venga dato alcun supporto aggiuntivo. Negli ultimi mesi, l’avvio delle procedure per la trasformazione dell’ospedale Ascalesi in presidio territoriale, e dunque senza degenze, lascia aperte molte perplessità da parte dei cittadini di Forcella e del centro storico che vedono profilarsi il rischio della chiusura di un ulteriore ospedale

²⁷⁵ La prima è una lingua parlata in Senegal dalla popolazione omonima, la seconda è una lingua parlata in Mali.

nel quartiere. È interessante come si sono espressi alcuni attivisti del Comitato di Lotta per la Salute Mentale durante l'intervista collettiva, che parlando del rapporto con il servizio pubblico e al rischio di avviare un percorso autonomo di sportello, hanno utilizzato una frase molto significativa: “Non crediamo nell'autoservizio, vogliamo rifondare il pubblico, non sostituirlo. Le istituzioni fagocitano tutto quello che è il meglio” (Comitato di Lotta per la Salute Mentale) Non era riferita a quanto sta avvenendo all'Ascalesi, ma è indicativa delle percezioni che ci sono rispetto a come il servizio pubblico interagisce con queste esperienze, dai consultori ai servizi per la salute mentale.

Vi sono dunque punti di vista non sempre convergenti rispetto al rapporto con il servizio pubblico, e questo è possibile ricondurlo alle differenze nell'approccio e nelle modalità di azione di ciascun gruppo. Vi è stata però un'occasione di collaborazione significativa in occasione del 7 aprile del 2017 e del 2018, la Giornata internazionale in difesa della sanità pubblica. In entrambi gli appuntamenti diverse delle realtà attive nel contesto napoletano hanno lanciato iniziative pubbliche comuni e assemblee in piazza per promuovere una visione della salute ampia. Entrambe le giornate sono state connotate dalla realizzazione di banchetti e materiali informativi e iniziative rivolte alla popolazione, ma la seconda, nel 2018, si è caratterizzata anche per l'utilizzo comune della campagna che è stata elaborata a livello nazionale “Dico32”. Questa iniziativa, nata in occasione di un'assemblea a Milano nel novembre 2017 cui hanno partecipato molte realtà italiane di movimento e sindacali del settore sanitario, ha promosso una piattaforma che prende il nome da un gioco di parole tra la proverbiale richiesta del medico “Dica 33” e l'articolo della Costituzione italiana che sancisce il diritto alla salute, l'articolo 32 appunto. Nel volantino distribuito in quella giornata sono stati tenuti assieme gli spunti provenienti dalle diverse anime di quella che era la Rete per la salute di Napoli:

“Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un sistema universalistico basato sulla solidarietà, ma non tutte le persone si possono o riescono a curare quando ne hanno bisogno. Ci sono persone che non hanno diritto ad accedere, come molte persone immigrate o italiane senza residenza, altre che pur avendo diritto non riescono a coprire i costi del ticket [...] altre ancora i cui bisogni non sono riconosciuti, accolti, compresi, come le persone transessuali o chi non si riconosce nelle norme di genere e orientamento sessuale. [...] La visione dominante ritiene che i servizi sanitari siano i principali responsabili della salute delle persone e delle comunità. Sappiamo invece che la salute dipende da tanti fattori [...] Ogni politica pubblica a tutti i livelli istituzionali deve essere quindi mirata al mantenimento della salute come benessere psicofisico e sociale [...] ogni politica di salute si costruisce dal basso e sostiene la piena partecipazione delle persone e

delle comunità nella progettazione e organizzazione delle azioni che le riguardano.” (7 aprile Napoli #Health4all 2018²⁷⁶).

Si coglie da queste parole come ci sia una sostanziale vicinanza nei contenuti e un’attenzione da parte di tutte le realtà firmatarie a promuovere una salute fondata soprattutto sulla partecipazione dei singoli e delle comunità e radicata in una maggiore consapevolezza su di sé ed il proprio benessere. Vi è inoltre l’attenzione ad un aspetto non sempre considerato, quello di uno sguardo di genere ai bisogni ed in una chiave inclusiva, in cui emergono anche alcune delle richieste dei collettivi transfemministi, come ad esempio la necessità di immaginare un servizio pubblico all’altezza delle trasformazioni sociali, sia nell’accesso che nella reale capacità di rispondere a nuovi bisogni. Una conferma in questo senso arriva anche dalle parole di un’attivista:

“Poi le parole chiave sono sempre quelle, il diritto alla salute, all’accesso, quindi anche per esempio con la Casa delle donne magari si rifà ai servizi per le donne, quindi in difesa della 194 e della difesa poi dei consultori. Quindi c’è una componente di lotta un po’ per difendere dei diritti che erano stati conquistati, dall’altra però c’è anche un riconoscimento che c’è bisogno di una trasformazione dell’esistente e quindi questi gruppi cercano di creare una riflessione su quelle che potrebbero essere delle pratiche alternative.” (R. medica)

Molto articolata è anche la relazione con l’amministrazione comunale. Procedendo in questa ricerca, uno degli elementi ipotizzati come possibile concausa alla proliferazione di queste esperienze è stata proprio l’attenzione dell’attuale amministrazione comunale nei confronti delle istanze dei movimenti sociali. Si è dunque provato a verificare quanto possa aver inciso questa particolare congiuntura con l’elaborazione di un numero così ampio di progetti autorganizzati sulla salute e non solo²⁷⁷. Nonostante ci siano posizioni politiche diversificate su questo punto, ciò che si delinea è un generale assenso sul fatto che ci sia stato un cambio di passo della città con la fine dell’amministrazione Jervolino nel 2011, che ha coinciso anche con un momento di forte mobilitazione di un’ampia fascia della popolazione giovanile mobilitata dai movimenti universitari:

²⁷⁶ Volantino distribuito in occasione della giornata internazionale contro la privatizzazione della sanità il 7 aprile 2018 durante le iniziative pubbliche svolte in piazza Dante.

²⁷⁷ È necessario specificare che questo lavoro di ricerca riguarda le iniziative avviate relativamente alla salute e alla sanità e dunque si è concentrata l’attenzione su questi aspetti, ma dal punto di vista dei movimenti sociali e delle sperimentazioni mutualistiche, Napoli ha vissuto nel corso degli ultimi 8-10 anni una stagione particolarmente prolifica con lo sviluppo di molte iniziative che, pur a fasi alterne, sono spesso riuscite a coordinarsi tra loro. Si veda a titolo esemplificativo la sperimentazione di Mutuo Soccorso Napoli (<http://www.mutuosoccorsonapoli.org/>)

“devi anche rappresentarlo con anche una spinta che la città dava nel momento più basso, forse è quello là in cui Napoli ha toccato il fondo che è stato l’ultimo periodo della giunta Jervolino. Quindi questa rinascita partiva da là, ed era una rinascita che comunque noi abbiamo colto come vecchi militanti e quindi abbiamo riprovato a rimetterci in gioco, però nel frattempo, poi, si candidava De Magistris e noi in qualche maniera, anche se non abbiamo mai fatto campagna elettorale, comunque abbiamo appoggiato politicamente l’operazione De Magistris perché ci era parsa comunque di sicuro un’esperienza sganciata dalle lobby precedenti con cui la città vedevamo che voleva chiudere. Quindi, in quel periodo poi c’è stata anche l’elezione di De Magistris in contemporanea più o meno all’occupazione di Zero81, quindi stiamo parlando del 2011. Ed è stato il periodo dopo l’Onda” (V. attivista)

Si tratta dunque di porre l’attenzione sulla costruzione di un clima politico cittadino diverso da quello degli anni precedenti, sviluppato nel corso del primo mandato e confermato poi nel 2016 con l’avvio del secondo mandato della giunta De Magistris. Probabilmente anche questa continuità ha permesso ad alcune istanze di sedimentare, sicuramente quanto avvenuto a Napoli era in netto contrasto con quelle che erano state le politiche messe in atto dagli altri “sindaci arancioni” nei confronti dei movimenti sociali²⁷⁸. Secondo l’analisi di alcuni intervistati, la possibilità di un cambiamento così radicale è stato da un lato il fatto che, un rapporto più tranquillo con l’amministrazione comunale abbia permesso di accrescere la legittimità di queste esperienze che, non dovendo investire buona parte delle proprie energie nella tutela degli spazi contro gli sgomberi, hanno avuto modo di concentrarsi sull’elaborazione e messa in rete di progetti articolati. Sicuramente va riconosciuta anche una pregressa attenzione dei movimenti sociali all’autorganizzazione soprattutto per quanto concerne la risposta ai bisogni che la popolazione napoletana ha espresso negli anni. Un limite segnalato da un intervistato è stato quello di non riuscire a dare continuità generazionale a questo tipo di esperienze per cui, anche la sperimentazione di un ambulatorio presso il centro sociale Ska, avvenuta a cavallo tra la fine degli anni Novanta e i primi Duemila, si è esaurita molto tempo prima della nascita di queste esperienze di medicina sociale²⁷⁹.

Sul proprio rapporto con la giunta si è espresso apertamente il collettivo Je so’ pazzo in un’intervista rilasciata a gennaio 2018, a seguito della decisione di presentare la lista Potere al popolo e candidarsi alle elezioni politiche del marzo dello stesso anno:

²⁷⁸ Il riferimento riguarda la campagna elettorale per le elezioni comunali del 2011-2012 in cui alcuni sindaci riconducibili all’area della sinistra - Pisapia a Milano, De Magistris a Napoli, Doria a Genova, Zedda a Cagliari ed altri - erano stati ribattezzati a livello mediatico “sindaci arancioni” per il colore scelto durante la campagna elettorale ed utilizzato dai loro sostenitori durante le iniziative promozionali.

²⁷⁹ Sulla storia dei movimenti sociali napoletani, si veda Festa F. A., *L’alchimia ribelle napoletana. Materiali per una storia della città antagonista*, in *Potere e società a Napoli a cavallo del secolo. Omaggio a Percy Allum*, a cura di O. Cappelli, ESI, Napoli 2003, pp. 381-423.

“Noi abbiamo avuto sempre un rapporto molto schietto con De Magistris e col suo movimento. Abbiamo scelto di dare una chiara indicazione di voto nel 2016, pur non candidandoci, e di presidiare i seggi praticando ciò che chiamiamo “controllo popolare”. La giunta arancione, come scrivete voi, consente a realtà come la nostra un'agibilità che altrove è inimmaginabile: è vero, ma ciò non è solo l'effetto di una visione lungimirante del sindaco e del suo movimento ma anche il risultato della nostra consistenza politica, presenza sui territori, radicalità. Quando diciamo nostra non pensiamo soltanto all'Ex OPG, ma a tutti gli spazi occupati che rendono la nostra città, oggi, un laboratorio di avanguardia a sinistra, sia per il mutualismo e per le attività sociali, sia per l'elaborazione teorica. Con tante compagne e compagni che appartengono ad altre realtà politiche cittadine non condividiamo alcune visioni, ma abbiamo profondo rispetto per quanto tutti sono riusciti e riescono a mettere in campo. Il rapporto con la giunta è, quindi, per noi tutti, dialettico: non potrebbe esistere un'agibilità se non ci fosse realmente un “soggetto” che agisce”²⁸⁰

Si inserisce dentro questo nuovo spazio dialettico cittadino anche la proposta avanzata dal Coordinamento campano per la salute che, appoggiandosi su alcuni fondamenti normativi²⁸¹, ha messo a valore il ruolo del Sindaco nella sua funzione di garante della salute della popolazione, evidenziando anche le disposizioni per cui egli può dare un parere sui piani sanitari regionali e sulla nomina del Direttore sanitario. L'individuazione di questa possibilità, rimasta sempre sulla carta e mai resa operativa a causa dell'assenza di strutture che materialmente agissero su questo piano, ha fatto sì che il Coordinamento presentasse la proposta di costituire una commissione sulla salute che potesse coadiuvare il sindaco in queste funzioni per le quali, altrimenti, non avrebbe strumenti lasciando questo potere ad un piano esclusivamente formale:

“L'assessorato alla sanità, è l'assessorato alle politiche sociali, non è manco un assessorato indipendente. Quindi loro non hanno mai esercitato questa funzione perché loro strumentalmente non ce l'hanno e allora perché non costituire una commissione, eletta da un'assemblea popolare a cui partecipino i comitati, i gruppi, le associazioni, i singoli cittadini. [...] una commissione di tecnici, medici, ma non solo, che abbia la funzione di esprimere pareri sui Direttori sanitari, esprimere pareri sui piani sanitari, chiedere i dati epidemiologici, progettare degli interventi tarati sui bisogni, ascoltare i bisogni della cittadinanza, i disagi e intervenire, denunciare e quant'altro? Visto che il quadro legale c'è. Ovviamente la differenza

²⁸⁰ La citazione è ripresa da un articolo intitolato "Intervista al collettivo politico dell'ex OPG “Je so pazzo” di Napoli” e pubblicata il 27 gennaio 2018 sul sito “La città futura”, in <https://www.lacittafutura.it/editoriali/intervista-al-collettivo-politico-dell-ex-opg-je-so-pazzo-di-napoli>

²⁸¹ In particolare, il rinvio è all'articolo 118 della Costituzione italiana e al principio di sussidiarietà.

qual è, che noi non vogliamo che questo sia lo strumento del sindaco, o meglio, lo è, ma non viene nominato dal Sindaco. È questo il progetto, viene nominato dal basso, da un'assemblea permanente tra virgolette che abbia un luogo identificabile all'interno della città a cui partecipano tutte le realtà, esprimono una commissione, e questa poi agisce di conseguenza. È una commissione con funzione consultiva e propositiva.” (L. attivista).

Dunque, è attraverso il quadro legislativo che questa ipotesi si è resa possibile, ma è stato anche entro la dialettica con De Magistris che la proposta si è concretizzata nell'aprile 2018 con il decreto sindacale “Istituzione di una Consulta Popolare sulla salute e la sanità della Città di Napoli”. Attraverso questo atto è stata formalizzata una concezione di salute che tiene conto dei determinanti sociali richiamando l'articolo 32 della Costituzione che a sua volta “rinvia a un concetto dinamico di salute, intesa non solo come assenza di malattia ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale al quale concorrono diversi fattori sociali, ambientali, culturali [...] non è possibile esercitare il diritto alla salute se non sono tutelati quei diritti fondamentali relativi alla casa, alla scuola, ai trasporti, alla salubrità ambientale, alla cultura, all'assistenza sociale, al lavoro, al benessere e al rispetto della dignità.” (art. 32 Cost.) Nel Decreto è stata anche ribadita la volontà da parte dell'amministrazione di valorizzare “un modello fondato sulla democrazia e partecipazione” perché la città di Napoli “crede nelle esperienze di autodeterminazione dal basso”²⁸².

Un aspetto molto importante di questa norma è la possibilità di partecipazione alla Consulta anche di singoli cittadini, eliminando così il rischio di restringere l'accesso ai soli gruppi formalmente istituiti quali associazioni o sindacati, ma permettendo la partecipazione anche a gruppi informali. Il Decreto stabilisce anche le funzioni di questa Consulta dandole la possibilità di esprimere pareri su ogni problematica relativa alla salute che venga sottoposta all'attenzione dell'Amministrazione comunale, monitorare il rispetto integrale dei diritti delle persone sofferenti, sia richiedendo i dati che facendo sopralluoghi. Viene inoltre stabilito che questo Tavolo possa articolarsi in gruppi di lavoro specifici che approfondiscano sei aree tematiche: salute mentale, rete ospedaliera, ambiente, diritto alla salute senza frontiere, azioni sociali, epidemiologia e sperimentazione farmacologica. Si sottolinea qui però come il Decreto preveda che questa Consulta debba agire “senza oneri finanziari” per il Comune. È presto per dire quali effetti avrà l'introduzione di questa disposizione in un Comune come quello di Napoli in cui, come è stato mostrato, le difficoltà sono molte e si attestano su livelli diversi. Sicuramente però si può già constatare che la posizione dell'amministrazione comunale rispetto ai movimenti sociali e soprattutto alle istanze che portano, mostra un'apertura di possibilità in cui anche proposte innovative possono trovare spazio per essere sperimentate.

²⁸² Per il testo completo, si veda <https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=6142>

Ciò che appare dunque dal punto di vista delle relazioni sul territorio è che si verificano diverse occasioni di sinergia tra i collettivi soprattutto in occasione di proposte concrete e iniziative specifiche. In ogni caso, il clima politico e sociale cittadino favorevole fa da sfondo a sperimentazioni che dialogano tra loro permettendo uno scambio di riflessioni attraverso cui possono aprirsi occasioni di innovazione che hanno poi una ricaduta sui cittadini e sulle cittadine. Le differenti posizioni presenti tra i collettivi considerati fanno sì che, in un continuo dialogo e in un contesto dinamico, convivano e si integrino sia le istanze di chi sceglie di concentrare il proprio lavoro politico sulla difesa della sanità pubblica che su quelle di chi prova a sviluppare un'altra idea di salute.

4.4 – Partecipazione attiva, iniziative e proposte innovative

Alla luce di quanto visto fin qui, ci si vuole ora soffermare sulle pratiche che le diverse realtà napoletane hanno ideato per intervenire sulla salute e sulla sanità. Su questo influisce sicuramente molto l'orientamento politico e l'impostazione organizzativa che i diversi gruppi si sono dati. L'analisi delle pratiche sarà utile anche per ricostruire quale idea di salute stanno di fatto proponendo. La prima pratica considerata è quella del *controllo popolare* ideata dagli attivisti dell'ex OPG in occasione delle elezioni amministrative del 2016 in cui, contro il sindaco uscente De Magistris la coalizione di centrodestra candidò Lettieri.

“Il controllo popolare è una pratica che abbiamo lanciato alle scorse elezioni amministrative, questo perché c'era questo scontro fra De Magistris come sindaco uscente che si era ripresentato e Lettieri che era l'esponente dell'estrema destra [...] Qua è molto frequente che ci sia compravendita di voti, ormai palesissima fuori dai seggi [...] c'era così tanta abitudine a queste cose e noi abbiamo provato a sviluppare un ragionamento in questo senso. [...] proviamo a creare delle brigate che stiano in prossimità dei seggi e che in qualche modo riescano a cominciare ad alzare la testa verso chi arriva e ti chiede il voto. Se ci sono episodi di compravendita, si interviene. [...] Questo perché la legge elettorale delle amministrative ti consente di far leva su una serie di questioni per cui che so, i candidati non possono essere presenti sui seggi, invece sono puntualmente presenti, oppure non si può fare, ovviamente, compravendita di voti, non si può indossare propaganda eccetera. Con tutte queste [cose] che tu esercitavi strumentalmente, riuscivi a richiamare un minimo l'attenzione di chi era là deputato a vigilare che non erano soltanto i carabinieri, ma anche i vari presidenti di seggio. Sostanzialmente un po' questo, un po' la presenza fisica in buon numero, cominciava a rompere un pochino quest'abitudine su questo tipo di scenario sulle elezioni perché c'era chi doveva necessariamente intervenire, chi ha sempre fatto quello ovviamente si trovava sconvolto a trovarsi...” (N. medico).

Questa pratica, che ha trovato consenso e adesioni, anche perché moltiplicata dalle informazioni fatte girare attraverso i social network, si è rivelata particolarmente utile per svelare un meccanismo che era conosciuto da tutti, era palese, ma su cui nessuno era in grado, in solitudine, di intervenire in modo efficace. Non è infatti solo il risultato immediato, al seggio, quello che è stato importante per i promotori di questa pratica, ma è soprattutto aver potuto mostrare che l'azione collettiva rompe il timore e la paura di chi, da solo, si sarebbe trovato a dover affrontare quella situazione ai seggi. Così è nata l'idea di riproporre l'utilizzo di questa pratica in contesti diversi:

“quello che abbiamo provato poi a socializzare è ancora una volta il fatto che poi uniti si riesce anche a vincere quello che ti sembra un ostacolo molto più grande di te. Per cui, fino a ieri avevi tu paura del camorrista del quartiere che ti veniva a minacciare, paradossalmente, rendi evidente che davanti a qualcosa di nuovo e di forte poi è lui che fa un passo indietro perché effettivamente così è stato spesso e volentieri. E quindi, a partire da questa esperienza qua, la pratica del controllo popolare l’abbiamo messa al centro un pochino di tutte le attività sociali e questo perché ci sembrava una delle articolazioni più immediate da dare a quello che lega per noi l’attività sociale con l’impegno politico a 360 gradi. Quindi va benissimo un primo step in cui da soli ci autorganizziamo e ci autogoverniamo per rispondere appunto con pratiche mutualistiche ai nostri bisogni, quello di avere una visita medica, quello di avere assistenza legale, eccetera, però poi proviamo a fare il passaggio superiore e a farlo insieme. (N. medico).

Questa riflessione ha portato gli attivisti ad utilizzare questa pratica in contesti diversi, spesso a partire da segnalazioni di disservizi o problemi che ricevono dagli utenti che si rivolgono loro attraverso gli sportelli. Durante le interviste sono emersi diversi esempi in cui questa pratica è stata utilizzata per questioni legate alla salute. Oltre all’esempio già citato di intervento a proposito del mancato rilascio delle tessere S.T.P., altre occasioni sono state i controlli popolari effettuati nei C.A.S. (Centri di Accoglienza Straordinaria), ma sempre al centro di queste iniziative, oltre alla denuncia pubblica e all’immediato intervento sul fatto in sé, si accompagna l’intenzione di un senso di comunità:

“è una cosa che restituisce immediatamente [...] dignità a chi viene qua, ma anche poi la percezione che se si battaglia si può vincere, che è una cosa che abbiamo perso un po’ tutti quanti e invece nelle piccole cose noi proviamo a fare questo e anche a costruire un senso di comunità che appunto in questa frammentazione totale in cui siamo schiacciati un po’ tutti quanti ognuno individualizzato concentrato sui suoi problemi e sui suoi bisogni, spesso e volentieri salta” (N. medico).

È stato in quest’ottica che gli attivisti dell’Ambulatorio Medico hanno effettuato un’iniziativa di controllo popolare nel consultorio della Sanità. Questo esempio rende l’idea non solo di come funzioni la pratica in questione, ma anche degli effetti a più ampio raggio che può portare in termini di scoperta delle situazioni sul territorio e di interazione con servizi locali e abitanti della zona. Dal racconto delle attiviste è emerso che il consultorio di zona è stato suddiviso in tre poli separati che insistono tutti sullo stesso territorio, ma che si stanno rivelando praticamente inutilizzabili. Uno dei tre è stato destinato a consultorio di secondo livello, dunque pensato per avere tutti i servizi e garantire

tutte le attività assegnate a questo servizio, ma di fatto si occupa soprattutto di fornire servizi di accompagnamento alla nascita. Il secondo polo è diventato esclusivamente centro vaccinale per cui recandosi lì non è possibile conciliare la vaccinazione con, ad esempio, la visita pediatrica perché per la visita è necessario rivolgersi all'altro polo, altrettanto per una consulenza psicologica. Evidentemente questa modalità gestionale complica molto la possibilità di accesso a chi lavora o a chi ha una ridotta mobilità. A partire da questa situazione gli attivisti hanno deciso di provare ad applicare il controllo popolare nel consultorio per verificare quale fosse la situazione e quello che hanno incontrato li ha sorpresi e portati nella direzione di avviare un nuovo percorso insieme alle operatrici dei consultori:

“Noi ci aspettavamo di trovare anche là dentro moltissime persone che arrivavano da fuori e la cui risposta rimanesse in qualche modo delusa, quando abbiamo preparato il controllo popolare ai consultori, quello che invece abbiamo visto a sorpresa anche nostra, è che ormai ai consultori non ci va proprio più nessuno. Ed è quello che ci dicevano anche i lavoratori. Cioè, noi ci aspettavamo di trovare... [ad esempio] il lavoratore tipo che prova a portarti nello studio privato. In realtà stanno i lavoratori incazzatissimi perché resiste la generazione di donne lavoratrici che hanno lottato per l'apertura dei consultori che stanno incazzate nere perché dicono non viene più nessuno, perché non siamo più punto di riferimento per nessuno. E quindi con loro si era cominciato a ragionare su come riarmonizzare un discorso territoriale con un discorso di presidio all'interno del quartiere che non diventi troppo schiacciato sull'istituzionale, sul servizio sanitario, perché ovviamente un consultorio è molto di più, però che al tempo stesso riesca anche ad essere erogatore o punto di riferimento anche per quello che riguarda il diritto alla salute perché poi è vero che le questioni di genere si sviluppano in maniera ipercomplessa, però pure nei quartieri popolari di Napoli se il consultorio ti può far fare l'ecografia gratuitamente, è un servizio in qualche modo, quindi esiste anche questa realtà dei fatti” (N. medico).

Questa pratica, applicata sulla base dei differenti contesti di intervento e quindi adattata sulla base di ciò che viene di volta in volta verificato con l'osservazione diretta, sembra essere efficace soprattutto come strumento per attivare un riconoscimento di bisogni (o problemi) comuni. Come sottolineato nelle pagine precedenti, è importante tenere conto sia dello sguardo degli utenti che di quello dei lavoratori presenti nei servizi. Colpisce questo dato della scarsa presenza di utenti presso i consultori, peraltro confermata anche dagli attivisti del Comitato San Gennaro, e fa pensare che, come si sta verificando un po' in tutto il territorio nazionale, sia in corso un attacco nei confronti di queste strutture che non si compie attraverso uno smantellamento esplicito, ma agisce “di sponda” rendendo

più difficili gli accessi, spostando i servizi, riducendo gli orari di apertura. Il problema che comincerà a porsi nel corso dei prossimi anni è che le donne che lavorano in questi servizi e hanno scelto di farlo fin dall'apertura di queste strutture, arriveranno all'età della pensione e dunque sarà molto alto il rischio che il servizio consultoriale rimanga svuotato del senso politico e dello spirito con cui è nato. A proposito invece della costruzione di una maggiore consapevolezza e di un senso di comunità e partecipazione, è utile richiamare un'altra pratica che viene utilizzata sia presso l'Ambulatorio Popolare che dal Presidio di Salute Solidale in occasione delle giornate di visita o ecografia. Attraverso momenti di osservazione diretta è stato possibile verificare come gli attivisti utilizzino lo spazio, e i tempi morti, della sala d'attesa come occasione in cui avviare dibattiti sulla salute tra le persone presenti. In particolare, nel caso della giornata di prevenzione svolta all'ex OPG con mammografie e Pap test, erano previste visite successive per cui gli appuntamenti alle donne che avevano fatto richiesta erano stati dati a scaglioni temporali. Questo ha fatto sì che sia nella sala d'aspetto a piano terra che in quella al piano superiore ci fossero sempre una decina di donne, in media, tra coloro che avevano concluso e coloro che aspettavano di entrare. Un paio di dottoresse che stavano svolgendo compiti di segreteria accogliendo le utenti e dando loro l'ordine degli appuntamenti, ha intavolato una discussione sul tema dei vaccini chiedendo se c'era qualcuna tra le presenti che avesse bisogno di chiarimenti su qualche aspetto. Le donne presenti erano quasi tutte, almeno all'apparenza, italiane e tra i venti e i cinquant'anni, molte delle quali madri e non si conoscevano tra loro. Il confronto, un po' per il tema, evidentemente influenzato anche dall'acceso dibattito mediatico del periodo, è stato molto ricco di spunti e, dopo un'introduzione iniziale di una delle due dottoresse con una spiegazione tecnica del funzionamento dei vaccini, questa conversazione ha preso la forma di un'assemblea di un paio d'ore in cui quasi tutte le presenti hanno esposto le proprie perplessità e le difficoltà nell'accedere ad informazioni attendibili sul tema. Una di loro ha messo in evidenza come al centro vaccinale il numero di bambini era così elevato che non è stato possibile per lei chiedere spiegazioni al medico neppure durante il momento del vaccino. È stata interessante questa dinamica perché ha messo in luce da un lato un bisogno di confronto molto sentito su questi temi, dall'altro la possibilità di utilizzare uno spazio, anche temporale, per mettere in condivisione saperi esperti e non, per interrogarsi e riconoscere nella propria vicina di posto una persona con dubbi o bisogni simili. La discussione è stata poi condotta nella direzione di rendere consapevoli tutte le presenti delle implicazioni collettive di una riduzione della copertura vaccinale, soprattutto per evidenziare come una scelta individuale non sia mai del tutto isolata dagli effetti che ha sulle persone intorno a sé.

Lo stesso tipo di dinamica si sviluppa anche nella sala d'aspetto del Presidio di Salute Solidale in occasione degli appuntamenti con l'ecografista in cui più persone si ritrovano insieme in attesa della

visita. In questo caso un'attivista ha riportato come gli scambi tra i presenti avvengano a partire da domande relative alle iniziative del Presidio o ad aspetti più tecnici. Allo stesso tempo questo collettivo ha cominciato a proporre tra le proprie attività dei momenti laboratoriali in cui discussioni tematiche vengono avviate in modo più strutturato. L'idea di avviare questa sperimentazione nasce dopo un incontro sulla medicina di comunità:

“abbiamo fatto delle analisi anche più sui determinanti sociali della salute, ci hanno messo un po' in discussione, anche quelle che potevano essere le nostre pratiche. L'incontro poi con Alessandro Rinaldi... facemmo questa sperimentazione sulla medicina di comunità, che io già avevo visto a Roma perché andai all'occupazione, quando loro lo facevano in un'occupazione abitativa. Noi non facciamo la stessa cosa di Alessandro perché non ne abbiamo le competenze, però abbiamo cominciato a vedere come poter fare pratiche diverse che riguardassero la salute e sempre l'ambito della salute, ma non specifico della visita, ma non solo la patologia, ma prendere quel momento di discussione come [spazio di salute in sé]. Sicuramente tu puoi fare l'ambulatorio, il doposcuola, puoi fare tante cose che dopo se riesci a collegarle tutte insieme [...] anche l'attività politica, comunque danno una partecipazione. Però c'era anche l'esigenza di crearlo anche nell'ambito proprio... noi ci chiedevamo che cosa stiamo difendendo, come approccio. Vogliamo sicuramente un servizio sanitario che sia accessibile, che cura e però, anche nell'ambito specifico della salute, che ci sia una partecipazione più attiva delle persone e quindi creare quel momento di spazio di salute che possa essere di cura, ma anche proprio di partecipazione. Che poi è anche un po'... anche per noi di crescita” (R. medico).

Da questo ragionamento, dal tentativo di coniugare nello stesso momento la discussione sulla salute con la partecipazione, sono stati strutturati alcuni laboratori fatti in collaborazione con la Casa delle donne di Napoli e un altro, provando a coinvolgere i produttori agricoli, sulla nutrizione. Come emerso anche in precedenza, una delle attività del Comitato centro storico è stata storicamente quella dei mercatini dei prodotti ortofrutticoli e dunque, grazie anche alle competenze esperte di una delle attiviste che è biologa nutrizionista, sono stati preparati dei laboratori ad hoc. Il tema dell'alimentazione è molto sentito a Napoli perché c'è un alto tasso di obesità infantile e lo stesso ambulatorio di Emergency ha attivato dei corsi per migliorare il rapporto dei bambini e degli adolescenti con il cibo in collaborazione con alcune scuole di Ponticelli.

Racconta una delle attiviste del Comitato centro storico:

“Per esempio, fanno l'assemblea sulla nutrizione quindi quella cosa che era nata solo come il mercatino a km zero è diventato anche, attraverso il Presidio, un lavoro sui circuiti che ci stanno in città su certi tipi di mercati, il biologico, che cosa vuol dire, come si può vivere insieme agli

altri e quindi questa dimensione di un corpo sano anche nelle scelte che uno fa attraverso la nutrizione, l'alimentazione [...]. Però lavorando sui circuiti che ci stanno in città, quindi sempre nella logica di non creare solamente una discussione, ma anche di mettere in moto dei processi di partecipazione attiva.” (N. attivista).

Emerge da queste parole l'interesse a mantenere tutte queste iniziative entro un processo trasformativo in cui, a partire da attività apparentemente scollegate tra loro comincia a delinearsi un percorso integrato in cui dai primi mercatini e dalla relazione con i produttori, passando per le attività ambulatoriali, si è arrivati ad una elaborazione più articolata in cui la produzione alimentare, l'educazione nutrizionale, gli effetti sociali e sulla salute vengono ricomposti entro un discorso più ampio attraverso pratiche partecipative. Questo significa, inoltre, porre le condizioni per parlare di salute facendo un discorso scientificamente attendibile e rompendo al contempo il rapporto gerarchico tra medico e paziente, modificando il senso stesso dell'autorevolezza che viene richiesta al professionista sanitario dentro un'ottica di condivisione dei saperi per cui tutti possono formarsi e possono avere conoscenze di base su questo tema:

“Secondo me anche loro hanno un po' cambiato la loro visione, come Comitato hanno questo fatto delle relazioni, non sono medici, però inizialmente fecero uno sportello perché comunque anche nella loro ottica c'era da rispondere a un'esigenza. Per cui più volte ci hanno detto perché non compriamo l'elettrocardiogramma, perché era un modo per loro per fare un servizio e contemporaneamente fare relazione nel quartiere. Poi anche loro, in questo devo dire c'è stata una crescita collettiva, nelle riflessioni comunque ci sono stati, hanno riflettuto con noi. Che poi loro hanno un ruolo portante in questa cosa [i laboratori] e li può rendere anche molto più partecipi in questa cosa. Prima, nel momento in degli sportelli medici, non è che potevano partecipare in modo attivo per com'era strutturato.” (R. medico).

Sembra dunque che l'introduzione di queste pratiche partecipative, pur avendo bisogno di tempi lunghi per poterne cogliere appieno gli effetti sulla percezione di salute e benessere, abbia innescato meccanismi virtuosi di decostruzione dei ruoli. Un altro ambito interessante ai fini di questa ricerca è quello affrontato insieme alla Casa delle Donne di Napoli. I primi laboratori²⁸³ erano intitolati “Sessualità libere/corpi consapevoli” e hanno preso avvio a partire da dicembre 2017 per proseguire poi nel corso dei mesi successivi, spesso perché le discussioni, molto dense e partecipate, non si

²⁸³ Il Presidio di Salute ed il Comitato centro storico avevano già sperimentato incontri pubblici in particolare sulle malattie a trasmissione sessuale.

esaurivano in un'unica serata e veniva deciso comunemente di proseguire la discussione nelle settimane successive. Nel testo di lancio di questo ciclo di incontri si legge:

“Per quest’anno abbiamo deciso di ricominciare partendo dal tema del diritto all'aborto sicuro e gratuito che si ricollega alla giornata internazionale per il diritto all'aborto sicuro e legale appena passata del 28 settembre. Partendo da questa data ci interessa infatti mantenere una tavola rotonda che si incontrerà con scadenza mensile su questo ed altri temi legati alla sessualità, al piacere, all'autodeterminazione di tutti e tutte e tanto altro. Giornate da costruire insieme a quanti/e vorranno partecipare. Ci piacerebbe discutere insieme dei diversi tipi di aborto, quali siano i rischi, i diritti delle donne interessate, i tempi di attesa e le opportunità che ci sono per accedere a tale servizio sul nostro territorio. Il format per questi incontri sarà lo stesso utilizzato lo scorso anno cioè domande anonime fatte da chi parteciperà alla riunione a cui proveremo collettivamente a dare una risposta²⁸⁴. Sempre nell'ottica di condividere i saperi e le esperienze di tutti/e e che la salute è una cosa che non appartiene solo ai medici!” (Presidio di Salute Solidale 2017).

Quello che si è aperto dunque è uno spazio di discussione anche in quest’ambito che richiama quanto detto prima relativamente al tema dell'alimentazione. Anche in questo caso il sapere medico, il sapere esperto è stato messo a disposizione di una discussione che però intendeva muoversi in ottica partecipativa, a partire dalle proprie esperienze:

“L’altro [laboratorio] è sui corpi sessuati, che addirittura c’è proprio il racconto di come si vive la sessualità. Quindi un partire da sé, si è passati anche non solo alla lotta perché certe cose non venissero mercificate, ma si è passati anche ad un lavoro su come si vive poi la salute. Di cosa vuol dire, a partire da sé, la salute anche in relazione a tutto quello che succede in città. Questo processo [...] ha portato il Presidio a lavorare anche in questa relazione vera [...] tra il desiderio della persona e la voglia di conoscenza e una sanità non mercificata, quindi oggi questo processo ci sta perché ci sono tutta una serie di lavori. Tra l’altro [nei prossimi giorni] si vuole anche aprire una possibilità, una specie di un laboratorio proprio sui corpi, quindi sui massaggi. Una dimensione che non è tipo beauty farm, tra virgolette, ma che è una dimensione di conoscenza del corpo” (N. attivista).

²⁸⁴ I laboratori cui è stato possibile assistere durante il lavoro sul campo si sviluppavano a partire da alcune domande che venivano scritte su una busta di carta a cui i presenti rispondevano in forma anonima su bigliettini che poi inserivano nelle varie buste. Dopo un quarto d’ora circa, quando tutti avevano finito di rispondere, collettivamente si stabiliva la busta, e quindi la domanda e il tema specifico da cui cominciare. A quel punto venivano estratti e letti tutti i biglietti e fatto iniziare un primo giro di parola con le riflessioni che erano state stimulate dalla lettura.

I laboratori si sono dunque rivelati una pratica interessante da diversi punti di vista ed hanno sollevato molte tematiche, anche complesse, intime e non per tutti facilmente affrontabili in contesti collettivi, mantenendo una partecipazione piuttosto consistente di 35-50 persone ad incontro. Per ciò che è stato possibile osservare direttamente, non tutti i partecipanti hanno mantenuto una presenza costante a tutti gli appuntamenti, ma secondo quanto riporta una delle promotrici del Presidio, diverse persone che partecipano a queste iniziative oppure richiedono una visita nei giorni di sportello, partecipano ad altre attività che vengono fatte sul territorio. Si può quindi presumere che il primo contatto che si avvia attraverso le discussioni tematiche permetta l'apertura di una relazione con altri abitanti del quartiere.

Vi è una terza pratica innovativa, questa volta sperimentata dal Comitato San Gennaro con il supporto di medici e attivisti di altre strutture ospedaliere, che è stata chiamata *ticket sociale*. Quanto descritto in precedenza sulla situazione del contributo economico individuale per la salute nel contesto campano e napoletano in particolare, mostra che la difficoltà di accedere al servizio sanitario a causa del costo del ticket è un fenomeno concreto e abbastanza diffuso nel territorio. Allo stesso tempo è conclamato, come raccontano gli attivisti, un comportamento di accesso in modo irregolare, per vie preferenziali, alle visite specialistiche o agli esami diagnostici che ricade sulle stesse, lunghe, liste d'attesa che vengono saltate attraverso contatti personali e dinamiche poco chiare. Questo significa un ulteriore allungarsi dei tempi di attesa per chi decide di rispettare l'ordine previsto e le indicazioni ricevute al momento della prenotazione. Basandosi su queste constatazioni alcuni attivisti hanno provato a cambiare di segno questa pratica e, attraverso la relazione tra utenti e lavoratori dei servizi, hanno provato a sperimentare un modo per denunciare gli abusi da un lato e permettere a tanti che erano in attesa da lungo tempo, di accedere alla prestazione di cui avevano bisogno.

“l'idea è questa. Uno dei motivi che allontana la gente dalle cure è questo fatto del costo, della partecipazione di spesa. [...] Però noi come operatori vediamo che c'è tantissima gente, interi settori, che bypassano completamente le regole, non pagano niente e specialmente saltano le liste d'attesa e chi sono? Nella nostra realtà c'è la malavita organizzata diffusa che ti viene sostanzialmente a ricattare, ti dice questo è mio cugino, questo è... se non gli fai il piacere, ti trovi magari le ruote bucate. [...] Allora, ci stanno poi tutti quelli che fanno la politica, che ti chiama, sai questo è... e gli fai il piacere, cioè tutti questi settori... militari, finanziari eccetera che ti chiedono il piacere e tu in qualche modo poi sei costretto a farglielo. Allora noi diciamo, perché non offriamo la stessa... via di passaggio pure a quelli che realmente ne hanno bisogno? [...] E allora [la settimana scorsa] io personalmente ho fatto lo sciopero, ho partecipato allo sciopero nei sindacati di base, durante il quale abbiamo messo in atto, con alcuni degli infermieri e altri colleghi, lo sciopero alla rovescia. Ci siamo rifatti un poco alla famosa protesta dei

braccianti di Partinico, no? Danilo Dolci, anni '50... Sostanzialmente, si è detto, va beh, io sto facendo il conflitto all'azienda, non all'utenza popolare. Anzi, io in questo caso, mi astengo dal rapporto con l'azienda, però continuo ad avere il rapporto con l'utenza e gli offro la mia prestazione. È un fatto simbolico, che però ha un suo valore perché, come dire, rompe quel muro di diffidenza tra l'utenza popolare e gli operatori sanitari" (P. medico).

Emerge molto chiaramente l'intento simbolico di denuncia della situazione complessiva, ma anche una presa di posizione netta degli operatori sanitari che, trovandosi a dover individuare una forma di protesta che tuteli l'utenza, hanno individuato nello sciopero alla rovescia uno strumento da applicare anche in questo settore. È interessante come questo avvenga solo pochi mesi dopo l'utilizzo di questa pratica anche da parte dei ricercatori precari delle Università italiane che nel febbraio 2016 lanciarono questa forma di protesta contro la delegittimazione del lavoro di ricerca che veniva fatto a livello politico non riconoscendo ammortizzatori sociali a chi svolgeva attività di ricerca nelle università²⁸⁵. La battaglia per il ticket sociale si è avviata nel novembre 2016 e un altro attivista lo racconta così:

"in questo quartiere l'esigenza era ancora più forte e quindi anche qui abbiamo interrogato, tra virgolette, i bisogni della popolazione e la prima azione che abbiamo fatto [...] fu l'anno scorso [novembre 2016] il blocco della cassa ticket. Cioè, blocchiamo la cassa ticket, ma attenzione, questo potrebbe essere un boicottaggio del consumatore, ma non è propriamente così perché attraverso delle assemblee con i lavoratori, li abbiamo convinti a partecipare all'azione di protesta. Loro hanno continuato ad erogare il servizio, per cui abbiamo fatto visite gratuite al San Gennaro non pagando ticket il che significa far passare il principio dell'autorganizzazione tra lavoratori e cittadinanza, o diciamo, abitanti, come a dire siamo noi quelli che possiamo far funzionare quest'ospedale, da noi. Cioè, noi ci riappropriamo delle risorse che già abbiamo, non abbiamo bisogno di aprire altri ambulatori, noi abbiamo un'intera struttura ospedaliera [...] L'abbiamo riproposto anche quest'anno, [l'anno scorso] fu più un atto di protesta che però poi vide questo sciopero alla rovescia, fu inventato nella lotta. Perché la lotta inventa, questo è molto bello come cosa da dire. E quindi l'abbiamo riproposta [...] perché il bisogno non è stato affrontato adeguatamente e a quel punto l'abbiamo estesa proprio come lotta a livello politico più generale. Cioè l'abolizione dei ticket come punto imprescindibile di qualsiasi sistema sanitario pubblico che si possa mai pensare. Che poi tu tieni conto pure che il sistema sanitario già lo paghi attraverso le tasse. Questo è un lato, che però ti ripeto non è solo la protesta, ma la proposta di un funzionamento diverso che vede partecipi lavoratori e cittadini insieme. Cioè, il

²⁸⁵ Questa iniziativa portò all'apertura di una trattativa per cui nel 2017 venne riconosciuto il diritto alla disoccupazione anche agli assegnisti, ai dottorandi e agli altri precari della ricerca.

principio è questo. Altrimenti passerebbe semplicemente come l'atto vertenziale e basta, non è così." (L. attivista).

Ciò che si può trarre da queste parole è un'impostazione molto diversa da quella presente in altre esperienze e sembra trasparire che, attraverso la collaborazione tra abitanti del quartiere e lavoratori, sarebbe possibile immaginare l'autogestione di una struttura ospedaliera. La campagna che viene aperta attraverso questa pratica intende soprattutto mettere in luce una situazione non più sostenibile in cui il ticket sociale è uno strumento politico di denuncia da utilizzare anche come mezzo per ottenere l'eliminazione dei ticket in generale. È una riflessione che, a partire dall'esperienza concreta, guarda al servizio sanitario attuale e prova a renderlo accessibile a tutte e tutti dal momento che, ad oggi, così non è.

Come anticipato all'inizio, queste pratiche rispecchiano molto l'impostazione politica dei collettivi che le hanno ideate, ma sicuramente rappresentano sperimentazioni innovative nell'ambito della salute. Se il controllo popolare e il ticket sociale si indirizzano soprattutto nella direzione di un intervento sulla sanità pubblica dando valore, anche se in modo differente, alla relazione tra utenti e lavoratori, la sperimentazione dei laboratori comunitari mette al centro il tentativo di andare oltre alla dimensione di intervento sanitario per concentrarsi sulla salute come partecipazione, consapevolezza e relazioni. Si proverà quindi a riprendere gli spunti emersi fin qui per osservare queste esperienze e trarne l'idea di salute che propongono.

4.5 – Quale idea di salute? Quali linguaggi?

Vi è un ulteriore spaccato cui guardare attraverso queste esperienze ed è quello di quale idea di salute sottendono e propongono. Molte cose sono già state presentate osservandone le pratiche e le relazioni, perciò si proverà a fare questo inserendo un ulteriore aspetto, quello del rapporto con la scienza medica ed il sapere esperto. Per fare questo si prenderanno in esame i riferimenti utili a comprendere se e in che modo viene fatta una riflessione sul linguaggio nelle pratiche che le diverse realtà attuano. Alla luce di quanto visto in precedenza sull'importanza del linguaggio nella costruzione dei ruoli di medico e di paziente si è voluta rivolgere anche agli intervistati una domanda a tal proposito per verificare se dal loro punto di vista questa è una questione da affrontare ed eventualmente in che modo la tengono in considerazione nelle loro attività quotidiane.

Una prima osservazione a questo proposito è stata fatta da uno storico esponente di Medicina Democratica ancora attivo nel Coordinamento campano che alla domanda su quanto incida lo scambio e l'interazione con gli utenti nel modo di essere medico, risponde così:

“Sicuramente sì. Sicuramente. Allora, i medici o pensano a fare la speculazione, pensano alla carriera, no? E magari prendono anche l'ideologia della sanità sui tavoli importanti, adattando per esempio certe cose, certi numeri, alle esigenze della programmazione, e poi alla fine, dell'economia. Oppure niente, devono scegliere di stare... sull'altro campo, di dire specialmente la verità su certe cose perché questo è il discorso. Noi abbiamo imparato tante verità sui libri che poi ci hanno imposto di disconoscere puntualmente, in tanti mille altri, mille altre occasioni. Ti faccio un esempio banale... ci sono importanti professori universitari che hanno fatto degli studi per esempio epidemiologici su aree importanti, per esempio tipo quella di Taranto, no? E hanno detto delle cose. In quanto investiti dall'ente o dalla magistratura, oppure da una struttura, diciamo non privata. Poi sono stati coinvolti come periti di parte da industriali eccetera e hanno detto esattamente il contrario con un'arte diciamo di retorica e sottili cavilli, di distinguo, dei sofismi. Cioè, ma è evidente che allora... che hanno scelto dove stare.” (P. medico).

Per spiegare nel dettaglio a cosa si riferisce con questo discorso sul ruolo e la scelta di campo del medico, prosegue con un esempio, quello della fonderia Pisani di Salerno:

“Lì noi come Medicina Democratica avevamo posto la perizia che era stata fatta per l'Ilva di Taranto che diceva che in effetti il problema delle valutazioni epidemiologiche non poteva essere la valutazione individuale del singolo caso dove praticamente il morto sul campo tu devi effettivamente dimostrare che era stato prodotto, aveva previsto il cancro perché aveva inalato

quella sostanza, proveniente sicuramente solo da quella fonderia, e non da altro ma per una logica molto semplice, se tu tieni un tot morti di cancro, di un certo tipo di cancro, nella zona prospiciente la fonderia, che è una quota diversa da quelli che stanno lontano o da quelli che stanno in altre zone d'Italia, è evidente che c'è un rapporto, no? E invece, questo è stato per l'Ilva di Taranto e diciamo, questo è stato un elemento che ha fatto condannare la proprietà. Invece, la piccola fonderia Pisani di Salerno [...] una fabbrica nera, fuliginosa, sta nel cuore di un quartiere popolare nella periferia di Salerno. Invece che cosa ha fatto il giudice con il perito di parte? Dice, no, ma questi morti che ci avete portato perché i comitati hanno detto, com'è possibile, interi caseggiati un sacco di morti. Però non è detto che questi sono morti per... per le particelle, no? La diossina prodotta... chi dice che non sono state la funicolare, la vicina autostrada e chi ti dice che non è stata un'esposizione a inquinanti ambientali o l'acqua oppure... capito? E sono state le stesse persone che hanno detto il contrario a Taranto. Solo che là erano state chiamate dal tribunale, qua erano state chiamate dalla proprietà industriale, capisci? Allora, anche qui, il medico... come minimo chi ti paga, paga, ma devi dire sempre la stessa cosa, ma poi ti dovresti pure passare la mano sulla coscienza, dovresti fare pure un controllo reale, dire, ma fammi vedere un po', ma com'è che muoiono come le mosche attorno a, e poi là tu fai la cosa... il sottile distinguo, il benzene può darsi che quello prodotto dalle auto della vicina autostrada, oppure, chi ci dice che l'acqua che proviene da [...] viene pure dalle pianure, dalle conche più sopra, e insomma... capisci? È questa la mentalità per cui è... effettivamente non è facile, non è che io ora voglio fare... i discorsi di eroismo, non è per niente facile [...] però io dico che se uno fa un'alleanza forte rispetto a certi tipi di strutture, a certi movimenti, in qualche modo è più garantito. [...] certamente questo incoraggia pure gli altri a dare delle, ma si tratta sempre di minoranze, eh?" (P. medico)

Viene dunque sollevato apertamente il problema della scelta politica, di campo, che il medico deve fare a partire dall'impossibilità di ragionare sul proprio ruolo in termini di neutralità. Questi aspetti sono stati approfonditi nei capitoli precedenti perché soprattutto da un punto di vista storico la questione è stata molto dibattuta, ma con queste parole si conferma come ancora oggi questo permanga un problema aperto.

Procedendo con le esperienze considerate, un primo aspetto da rilevare è come quasi tutte abbiano prodotto materiali informativi e divulgativi sulla propria attività o come strumento per l'utenza. Ciò che si nota, almeno per quanto riguarda i materiali che erano accessibili nelle varie sedi, essi sono quasi tutti esclusivamente in italiano. Si distingue da questo punto di vista Emergency, ma in questo caso va ricordato che fa parte di un'associazione nazionale e dunque non risponde alla caratteristica di spazio autogestito e autofinanziato che accomuna gli altri. Non tutti i gruppi considerati lavorano con i migranti, ma la traduzione dei materiali informativi sarebbe un aspetto da incrementare, magari

anche attraverso uno scambio con gli stessi utenti migranti. È emerso durante l'intervista con il medico che lavora all'ambulatorio Ascalesi che neanche loro, in una struttura pubblica, hanno a disposizione la figura del mediatore né linguistico, né tanto meno culturale e spesso è lui che, conoscendo diverse lingue, interagisce con i pazienti. A proposito di questo problema è emerso che “nel comparto sanitario non c'è possibilità di assumere mediatori” (L. medico), ma soprattutto non vengono formati mediatori che si occupino specificatamente delle differenti percezioni culturali della malattia o del corpo cosa che, come si è visto in riferimento agli studi antropologici, rischia di rendere inefficace a lungo termine anche l'intervento biomedico.

Ad ogni modo, per quanto riguarda i materiali prodotti, un'esponente dell'Ambulatorio racconta:

“E fra l'altro sono strumenti molto agevoli perché per noi medici è complicatissimo autoeducarci a scrivere in una maniera comprensibile a chi non è del campo, e anche questo è un dato perché probabilmente per come sei abituato a lavorare sul tuo posto di lavoro, ci fai attenzione, però non hai proprio neanche la possibilità... cioè, quando tutto va bene non hai molto tempo, hai delle abitudini a parlare in una maniera magari senza neanche chiederti, ma la persona che ho di fronte mi ha capito? [e la persona non se la sente di fare una domanda in più] perché poi c'è molta disparità. Proprio per come vieni percepito.” (N. medico).

L'intervistato precisa poi che della questione del linguaggio provano a discuterne nelle riunioni che fanno periodicamente tra operatori, ma ciò su cui viene posta l'attenzione è soprattutto la condivisione della consapevolezza dell'esistenza di questo problema, mentre sembra più complicato riuscire a rompere il meccanismo. Interrogato su questo punto riporta però un tentativo che è in corso di autoformazione con alcuni studenti di medicina:

“L'altra questione è la questione degli studenti universitari che sono un gruppo di dieci-quindici persone e che arrivano qua dicendoti, io all'università mi sono scoccato di assorbire nozioni punto e basta perché poi divento un perfetto cretino, qua almeno vedo con i miei occhi come ci si relaziona ad una persona provando ad essere utile innanzitutto dentro e fuori da un ruolo di medico e con un'attenzione al benessere a 360 gradi. Quindi non solo al sintomo, ma alla cura della persona come essere umano. E appunto poi anche là è interessante l'autoformazione, cioè, io vengo quando c'è l'ecografista, imparo, almeno a grandi linee, come fare un'ecografia, a fare un prelievo, cioè c'è una formazione pratica e una condivisione di saperi.” (N. medico).

Questa attività di autoformazione è sicuramente molto interessante perché permette agli studenti ancora in una fase formativa iniziale, quindi in un momento molto delicato nella costruzione del ruolo

di medico, di confrontarsi con gli utenti e, appunto, di comprendere che ci sono molti modi di fare il medico. Rimane però una condivisione di saperi “confinata” entro i professionisti del settore o magari condivisa con qualche attivista che, pur non avendo quella formazione, coopera per alcuni aspetti, ma non si trasforma in uno scambio per cui i saperi esperti e quelli esperienziali portati dagli utenti si confrontano in modo paritario.

Anche per quanto riguarda il Presidio di Salute la costruzione di materiali è solamente in lingua italiana, ma va specificato che la partecipazione di stranieri alle loro iniziative è più limitata che in altre esperienze. Concentrandosi invece sull’idea di salute proposta da questo collettivo, si può dire che sia tra le più lontane, nel panorama considerato, dal modello biomedico nonostante il gruppo mantenga l’attività ambulatoriale. Dentro questa contraddizione quello che emerge è un’idea di salute che gli attivisti riconducono ad aspetti relazionali, di scambio, di partecipazione:

“Però stiamo andando anche oltre perché quando parliamo di salute, al di là dell’aspetto proprio medico, ci stanno pure una serie di laboratori... comunque fa parte anche della salute quando parliamo del movimento, del teatro, di una serie di fatti che comunque Santa Fede è aperta a questa esperienza e ci sono una serie di laboratori qua che stanno funzionando, anche questo fa parte dell’idea di salute, secondo me” (N. attivista).

E ancora

”Noi a maggior ragione ci ritroviamo in questo ragionamento perché la salute la intendiamo come un patrimonio personale senz’altro, ma anche collettivo [...] promuoviamo sia un’idea di salute che un’idea di sanità che sia prevenzione sul territorio” (V. attivista).

Questo fa sì che anche la problematizzazione dell’uso del linguaggio tecnico assuma un’altra connotazione rispetto a quanto visto in precedenza. I momenti di ambulatorio portano ad utilizzare un certo tipo di linguaggio specifico, ma negli appuntamenti collettivi la situazione è diversa. Interessante a questo proposito è stata l’interazione durante uno dei laboratori sulla sessualità quando, introducendo la differenza dal punto di vista biologico tra apparati femminili e maschili, è stato preso in considerazione anche il caso delle persone intersessuali e della transessualità, dunque della libertà di scelta sul proprio corpo. Dalla esplicazione da un punto di vista biologico-funzionale di questi aspetti si è passati poi a spiegare le differenze tra sesso e genere fino al tema dell’orientamento sessuale. Questa parte è stata avviata attraverso la proposizione di un gioco per cui, davanti ad una raffigurazione muta, senza definizioni, delle diverse parti degli apparati genitali maschile e femminile, è stato chiesto ai partecipanti di scriverne il nome o la definizione. Il risultato è stato

quindi un confronto a partire dalle conoscenze e competenze di ciascuno e ciascuna dei presenti per ricostruire assieme queste definizioni e comprenderne la funzione rispetto al proprio corpo. I linguaggi richiesti sono dunque meno tecnici o, quando viene deciso di utilizzarli, lo si fa a partire da una prima condivisione delle definizioni. In questo caso il supporto della Casa delle donne e di alcune attiviste transfemministe presenti è stato molto importante per mettere in relazione questi aspetti biologici con le implicazioni dei ruoli di genere a livello sociale.

Una questione specifica è invece quella sollevata dal Comitato di Lotta per la Salute Mentale sul tema del linguaggio. Storicamente questo argomento ha attraversato i dibattiti sulla psichiatria soprattutto perché veniva contrapposto al discorso “normale”, il discorso “delirante” del malato. Ed inoltre il fatto che il gruppo nasca misto, composto da medici psichiatri, operatori e sofferenti, ha portato ad affrontare la questione in modo più specifico. Uno degli attivisti, psichiatra, a questa domanda ha risposto:

“Tu stai mettendo il dito in una piaga che è una piaga dolorosa, ma molto positiva per il Comitato di Lotta perché su questo argomento specifico del linguaggio c’è stato in qualche modo, c’è stata una partecipazione di alcuni del Comitato di lotta [...] che avrebbe voluto approfondire giustissimamente questo argomento, cioè come quando siamo preda, vittime, prigionieri dei linguaggi. Poi la cosa non è andata avanti, però su questa cosa poi è nat[o] [...] l’aspetto di apertura del Comitato di lotta che ascolta il linguaggio sia quello diciamo delirante, che quello no dando a tutti e due una dignità uguale. [...] una signora che stava qua [nell’OPG] una volta mi chiese “Ma a me mettono le telecamere, mi controllano, tu ci credi?” Era la domanda cruciale, ci credi? Uno che deve dire? Io le dissi “No, mi sembra inverosimile. Tu mi crederesti se io dicessi che stamattina invece di scendere per le scale sono volato via dalla finestra?” Io posso credere a questa cosa in determinate condizioni, sento di essere volato via dalla finestra, però non è che obbligo te. La difficoltà non è questa, la difficoltà è che [...] tu mi fornisci la tua versione della realtà che è quella che ti porti tu, io ti fornisco la mia versione della realtà e che è quella che secondo me, non lo so perché non so niente di te, però non mi sembra verosimile. Però tutti e due abbiamo dei diritti. È su questo che il Comitato di lotta... e ti assicuro, ma non è terapia, è che più vanno avanti le faccende politiche in qualche modo, non che scompaiono, perché non ce ne frega niente nemmeno di farle scomparire, però meno diventano bloccanti, imprigionanti i contenuti dei, chiamiamoli, deliri.” (E. medico).

Si pone quindi l’elemento del riconoscimento del diritto di parola a prescindere dal fatto che io sia in grado o meno di leggere e comprendere il tuo linguaggio. Sembra che una soluzione a questa problematica possa trovarsi a partire dal riconoscimento dei diritti di tutte e tutti:

“se troviamo un interesse comune, qual è l’interesse comune, al di là del fatto che tu pensi che ti controllano quando vai in bagno e io non ci credo, qual è l’interesse comune? Che ci sono delle cose di cui, per cui tu hai diritto e che non ti vengono date? Questo a me interessa, fa parte di me, a te interessa, fa parte di te.” (E. medico).

In questo caso il problema non sembra potersi porre nei termini di “che cos’è salute”, ma si può forse dire che l’individuazione di questa definizione vada in qualche modo accantonata fino a che non venga riconosciuto per chiunque il diritto di parlare di sé e per sé. Oppure si potrebbe anche dire che la definizione di benessere, di stare bene sia racchiusa nell’agibilità del parlare per sé. Emerge dunque anche qui, in questa veste particolare, il tema del rapporto tra i concetti di autonomia e dipendenza. Anche gli attivisti del Comitato San Gennaro si sono trovati a confrontarsi la questione dei linguaggi, ma da un punto di vista ancora diverso perché, nel loro caso, la militanza degli abitanti del quartiere è condivisa con quella di molti lavoratori e quindi il passaggio di contatto, la rottura dei ruoli avviene all’interno del contesto conflittuale contro una comune controparte. Come raccontano gli attivisti intervistati, a ciascuna persona del Comitato spettano i compiti di comunicare con le persone a loro più vicine, quelle con cui lo scambio può essere più alla pari e quindi diventa fondamentale la presenza di alcune abitanti storiche del quartiere che, quando vengono proposte iniziative in piazza per sensibilizzare il resto della popolazione, hanno un ruolo importante nel far comprendere al meglio alle persone che passano il senso di ciò che viene loro proposto. L’ipotesi che fanno gli attivisti di questo Comitato è che lo scambio di linguaggi e conoscenze avvenga nel confronto tra i bisogni:

“[Viene] qua lo psicologo del consultorio e dicono ma perché non facciamo un centro di comunità perché io ho notato che allo sportello abbiamo veramente grandi esigenze. Certo, lui dice abbiamo bisogno di operatori specializzati che ne so, nel trattamento di bambini criminali, però perché non lo cominciamo a fare e quant’altro. Questo è già un po’ un modo di acquisire il linguaggio. [...] ci sono dei medici -tra virgolette- illuminati, degli operatori -tra virgolette- illuminati però tieni conto che in questo siamo un po’ avvantaggiati perché loro tutti lavorano qua da tanti anni e vivono in quartiere popolare ti ripeto per cui tu devi anche sapere parlare... non puoi non parlare. Cioè, già la persona che viene qua fa molto sforzo a parlare però già condividere qui col medico che ti parla di certe cose, mi serve il macchinario per fare gli enzimi, però già che stai qua e lo fai tutti insieme, la persona come me, io sono ignorante in materia, apprendo. E la signora R., la signora P. sono più esperte del medico su certe cose! Anche perché lo vivono sulla pelle, quindi... sì, posso dire che su certe cose c’è un abbattimento delle barriere medico-paziente” (L. attivista).

Ciò che più viene evidenziato è come, secondo loro, il problema del linguaggio sia molto connesso alla capacità e disponibilità delle persone di parlare in occasioni pubbliche, siano assemblee o incontri aperti. Non viene però preso in particolare considerazione il tema del confronto con i saperi medici esperti perché la tipologia di gruppo e le iniziative proposte non affrontano gli aspetti biomedici o più strettamente sanitari, ma riguardano la gestione dei servizi. È nel mettere in luce la rilevanza dei determinanti sociali che questa collettività ritrova la propria idea di salute.

4.6 – Riflessioni parziali

La scelta di impostare l'analisi dello studio di caso a partire dalle esperienze politiche attive nell'ambito della salute ha permesso di osservare alcuni aspetti derivanti direttamente dalla specificità del caso napoletano, ma che al tempo stesso contribuiscono a riflessioni più ampie sul rapporto tra salute e sanità. Aver potuto osservare parallelamente alcune esperienze sui generis, rispetto a quelle autogestite si intende, quali quella dell'ambulatorio per migranti dell'ospedale Ascalesi e dell'ambulatorio di Emergency a Ponticelli ha arricchito i punti di vista sulla situazione napoletana, ma più in generale sulle difficoltà che emergono quando l'accesso al diritto alla salute viene a mancare per ampie fasce della popolazione. È proprio nelle pieghe e nelle rotture di un'automatica traduzione del diritto alla salute con l'accesso alla sanità che nascono sperimentazioni alternative orientate da un'impostazione politica di autorganizzazione nella risposta ai bisogni sociali.

Sono state parzialmente descritte le condizioni di salute dei napoletani nei capitoli precedenti, ma quanto emerge dai dati viene ripreso da uno dei fondatori di Medicina Democratica a Napoli per ricostruire con sguardo critico il processo storico che ha portato alla situazione odierna:

“Abbiamo parlato della 833, poi successivamente c'è stata la 502, la legge De Lorenzo, contro cui noi pure ci opponemmo a suo tempo, venticinque anni fa, senza un'efficacia reale perché l'idea era quella di trasformare le Unità Sanitarie Locali che erano sostanzialmente delle unità di base su cui si riusciva in qualche modo a fare un controllo, in Aziende Sanitarie e le Aziende Sanitarie chiaramente hanno un'impostazione di tipo mercantile. Non è bastato solo questo, subito dopo di questo, sono venute l'introduzione dei ticket sanitari, cioè la partecipazione delle spese perché si disse non si può dare tutto a tutti, bisogna un po' regolamentare domanda e offerta rispetto alle esigenze reali, quindi, insomma... chi davvero aveva la necessità, doveva in qualche modo partecipare. Questa era l'idea base, poi vedremo che in effetti questo non è vero. Poi c'è stata la modificazione del titolo V della Costituzione, quindi la regionalizzazione e quindi la competizione anche in ambito sanitario tra le varie regioni, no? Per cui paradossalmente ci sta una sorta di cannibalismo tra le aree sanitarie in Italia. Perché le aree, per esempio, regioni come la Lombardia o alcune regioni del nord di fatto siccome hanno mostrato più efficienza, hanno mostrato maggiore rapidità e capacità di gestire alcune tipi di D.R.G.²⁸⁶ - che sarebbero le patologie -, hanno avuto pure la possibilità di accaparrarsi maggiori fondi e anche più posti letto rispetto ad aree come le nostre che, per vari ritardi, dovuti a mafie, clientelismi eccetera, per pure una buona quota di approssimazione e per difficoltà strutturali

²⁸⁶ Diagnosis Related Groups, in italiano R.O.G. - Raggruppamenti omogenei di diagnosi. Si veda http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1349&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto

vecchie, antiche, praticamente non sono riuscite a competere su questo piano. E infatti sono i famosi viaggi della speranza, quanti nostri pazienti continuano ad andare a nord per trovare una risposta adeguata alle loro esigenze” (P., medico).

È dunque in una situazione già di difficoltà nella fornitura del servizio che vengono introdotte le successive politiche di austerità ed i tagli ai finanziamenti. Secondo l’analisi fatta da questo attivista, la prospettiva che viene proposta è quella di indirizzare la tutela della salute verso modelli assicurativi:

“Poi sono intervenute le politiche di austerità che hanno imposto il ripiano di bilancio. Quindi, chiaramente, se manco a farlo apposta, le aree più povere avevano più debiti, avevano maggiori situazioni debitorie e quindi, maggiorazioni dei ticket e quindi la rarefazione dei servizi per risparmiare, quindi chiusura degli ospedali eccetera eccetera. Tutto questo quadro che si correla a delle politiche che non sono solo nazionali, ma pure internazionali, è tutto improntato all’idea del mercato della salute e della domanda e dell’offerta, della gestione aziendalistica eccetera, e non è che ha prodotto maggiore salute, no? Non l’ha prodotta e questo lo si vede da tanti dati. Il dato generale è che mentre l’aspettativa di vita degli italiani, diciamo dagli anni Settanta in poi, cresceva in maniera quasi verticale verso quote sempre maggiori, perciò diciamo, anni Settanta, fine anni Sessanta, mediamente la vita degli italiani maschi andava sui 60-65 anni le donne 70, ora è arrivata a 83 e 78. Però il discorso è che da diversi anni questa aspettativa non cresce più. Non solo non cresce più e quindi sta su un plateau, su una linea diciamo appiattita, ma è intervenuto un altro fenomeno e cioè la diminuzione della vita in buona salute. Cioè aumentano le patologie cioè aumentano anche le quote di inabilità, l’inabilità relativa è dovuta a fenomeni degenerativi di semi degenza eccetera. Al che gli economisti [...la proposta che] fanno su questo tipo di prospettiva, è che bisogna farsi l’assicurazione. Perché quando sarai inabile, che avrai l’Alzheimer o starai inchiodato in un letto, la società non ti deve più sopportare perciò ti devi procurare per tempo, mettere dei soldi da parte.” (P. medico).

Proprio la riduzione della vita in buona salute qui richiamata è un tema urgente sotto diversi profili. Sicuramente deve interrogare sulle ragioni che hanno portato questo tipo di fenomeno, ma altrettanto necessario è comprendere quali implicazioni sta avendo nella società odierna così come quali possono essere gli interventi per risolvere il problema. Le situazioni di inabilità relativa oppure di semi degenza si collocano in uno spazio di intervento che, ad oggi, non è chiaramente assegnato a servizi specifici. Viene fatto rientrare in ambito sanitario per tutto ciò che concerne gli aspetti biomedici, quindi a partire dal momento in cui queste situazioni ricadono in manifestazioni patologiche o di (certificazione di) inabilità, ma la riduzione dell’autonomia della persona viene oggi affrontata quasi

esclusivamente attraverso il lavoro di cura familiare o il rinvio all'assistenza privata. Entro una società in cui il lavoro domestico viene tradizionalmente assegnato alle donne, questo comporta un carico crescente sia per le familiari dell'anziano semi-dipendente che un aumento della richiesta di lavoro femminile privato con tutte le problematiche ad esso connesse²⁸⁷. Si riprenderà questa riflessione nelle pagine conclusive, ma questa problematica si configura come un ambito entro cui molte contraddizioni si aprono e, anche dal punto di vista di una riflessione sulla salute non medicalizzata in cui viene posto al centro il benessere, diventa necessario comprendere come affrontare situazioni che oggi non trovano una risposta collettiva, ma solo parziale entro l'ambito sanitario e per il resto affidata alla situazione privata di ciascuno.

Affrontando il problema delle assicurazioni viene messo in luce anche un ulteriore snodo rilevante delle trasformazioni in atto relativamente alla presente concezione di sanità:

“Dobbiamo pensare che il sistema sanitario nazionale fu un superamento delle associazioni corporative che riguardavano la salute e cioè le mutue derivate poi dalla cosa fascista che in qualche modo garantivano per categoria, a seconda dei fondi devoluti, un certo tipo di assistenza. Questa cosa qui è stata abolita perché si doveva garantire lo stesso tipo di diritto alla salute a tutti, cioè doveva essere un fatto universale. Adesso questo stesso discorso, questa differenziazione sta ritornando attraverso queste forme spurie, si dice il sistema sanitario nazionale non ti riesce a garantire tutto... anzi, ti riesce a garantire solo il minimo indispensabile. Tu, se metti una quota di salario a livello contrattuale da parte, la tua categoria, tramite la stipula di un'assicurazione, che in genere è un'assicurazione legata ai sindacati, ti garantisce un pacchetto di servizi a parte. Quest'idea che sembra, diciamo, marginale, un'idea diciamo compensatoria, no? Che riguarda quasi le società di mutuo soccorso dell'Ottocento, in realtà è un cavallo di Troia molto pericoloso perché di per sé introduce il concetto che a questo punto ogni categoria va da sé. (P., medico).

Ciò che emerge è dunque la prospettiva di una frammentazione del sistema sanitario in cui il carattere di universalità che lo ha contraddistinto negli ultimi quarant'anni si perde quasi completamente per lasciare il posto ad una concezione residuale della sanità pubblica in cui prevale una logica mercantile secondo la quale la “gestione della salute” diventa merce di scambio e dunque cedibile al privato. Nel quadro generale odierno una prospettiva di questo tipo si rivela ancora più rischiosa perché entro un mondo del lavoro basato sulla precarietà e la discontinuità di reddito, nel momento in cui l'assicurazione diventa l'unico strumento d'accesso ai servizi sanitari di qualità, i meccanismi di

²⁸⁷ Ad esempio, Vianello F.A., *Migrando sole. Legami transnazionali tra Ucraina e Italia*, Franco Angeli, Milano 2009.

esclusione di ampie fasce della popolazione dalla tutela della salute agiranno in modo sempre più profondo.

Secondo quanto emerso dalle interviste, gli effetti delle politiche di austerità e dei tagli lineari compiuti sulla sanità pubblica hanno avuto ricadute pesanti su due distinti aspetti: da un lato sulla qualità della vita delle persone e sulla possibilità di accedere al servizio, dall'altro sul funzionamento stesso del servizio sanitario pubblico. Per quanto riguarda gli intervistati delle esperienze considerate, nonostante esse prendano avvio poco dopo lo scoppio della crisi economica, nessuno di loro riconduce in modo così netto la scelta di avviare i propri percorsi allo scoppio della crisi. Uno degli intervistati richiama però il fatto che entro un contesto generale napoletano in cui stavo cominciando a nascere tutta una serie di esperienze, come si è visto nelle pagine precedenti, un ruolo non secondario l'abbiano giocato anche gli immaginari provenienti dalla Grecia e dalla Spagna ed in particolare le *mareas* spagnole e le cliniche occupate greche.

Traspare, ad ogni modo, dalle parole degli intervistati come in realtà il problema attuale della salute dei napoletani non possa essere ricondotto esclusivamente ed automaticamente alla riduzione delle risorse economiche a disposizione, ma questa vada inserita entro un contesto generale in cui le scelte politiche sull'allocazione delle risorse hanno promosso un progressivo svuotamento di ruolo del servizio pubblico spingendo sempre più l'utente a rivolgersi alle strutture convenzionate e private.

La situazione in Campania si prospetta molto grave e dunque anche la lettura della contraddizione tra servizio pubblico e rischio di sussidiarietà di queste esperienze ha probabilmente un significato diverso rispetto a quello che potrebbe avere in altri contesti. Innanzitutto, perché la sussidiarietà al servizio pubblico proposta da cliniche convenzionate e privato sociale interviene sugli aspetti organizzativi, sulle tempistiche e parzialmente su chi ha limitazioni economiche, ma per come è strutturata non interviene in alcun modo su un'ampia fascia di popolazione che invece è esclusa dalle esenzioni ai ticket, dall'iscrizione al servizio sanitario e dunque dal diritto anche solo all'accesso alla sanità. In questo senso la proposizione di ambulatori sociali si rivela spesso l'unica sponda verso cui queste persone possono rivolgersi. Il valore aggiunto di queste sperimentazioni è anche che, pur con gradazioni differenti e con intenti differenti, anche chi svolge attività di assistenza, lo fa accompagnandola ad una riflessione politica più ampia orientata a modificare lo stato di cose presenti anche nella sanità pubblica. In particolare, le sfumature di questo intervento oscillano tra lo slancio verso un intervento diretto di controllo collettivo sui servizi che possa essere strumento per gli utenti (e i potenziali utenti) per acquisire una maggiore consapevolezza e dall'altra parte indirizzandosi verso un intervento rivolto prevalentemente a rimettere al centro della discussione il diritto stesso alla salute affrontando non solo il tema dell'accesso alla sanità, ma anche la dimensione più ampia del

benessere complessivo. A questo proposito, tutti gli intervistati hanno posto come centrale la spinta a voler attivare un percorso sul territorio con lo scopo di costruire partecipazione diretta.

Restando sugli elementi del contesto partenopeo in cui queste esperienze sono nate, bisogna tenere conto delle mobilitazioni sociali in corso intorno agli anni 2008-2011 sulle questioni ambientali e la terra dei fuochi, così come l'ampia partecipazione alle iniziative universitarie che hanno poi sedimentato, attraverso la pratica dell'occupazione, i propri contenuti anche a livello cittadino. Va considerato, in generale, che storicamente il tessuto sociale napoletano è stato attraversato da numerose pratiche di iniziativa autonoma da parte, come visto in precedenza, di diversi soggetti quali disoccupati, abitanti dei quartieri più o meno periferici, gruppi più o meno politicizzati.

Questo è tangibile nel racconto dell'esperienza soggettiva degli attivisti perché quasi tutti i medici intervistati, oggi trentenni, trentacinquenni provengono dall'esperienza dei collettivi universitari nati entro le facoltà di medicina in occasione delle mobilitazioni studentesche dell'Onda e contro la riforma Gelmini. In quel frangente nacquero anche nella facoltà di medicina dell'Università Federico II dei gruppi studenteschi autorganizzati cosa che, a detta degli intervistati, era una novità per quanto riguardava quelle facoltà un po' a causa della composizione sociale del corpo studentesco ed in parte per via della strutturazione degli stessi corsi che lasciano poco margine ad attività extra-accademiche. Alcuni degli intervistati hanno anche attraversato le università da docenti e dunque emerge un ruolo importante, soprattutto per quanto riguarda gli operatori che hanno una formazione accademica, dell'attivismo svolto in ambito universitario soprattutto con corsi di autoformazione. Si conferma anche una sostanziale omogeneità dal punto di vista generazionale riconducibile a due gruppi specifici, gli attivisti storici cui si affianca una generazione di medici nati, mediamente, alla metà degli anni Ottanta.

Dopo queste interviste e analisi è possibile dire che è presente nel territorio napoletano una rete informale che poggia sulle strutture che hanno messo in condivisione risorse ed energie, a disposizione di chi ne ha bisogno, ma che di fatto travalica l'impostazione che ciascun ambulatorio si è dato per diventare quasi indipendente, che si attiva al bisogno e che spesso intreccia gli ambulatori sociali e i servizi istituzionali. A questo proposito ciò che si vuole evidenziare è come, nonostante il supporto attivo dimostrato negli anni e le ragioni che hanno portato alla scelta di avviare questo tipo di percorsi siano molto forti e chiare, resta il fatto che, proprio per la natura di movimenti autogestiti queste esperienze, pur avendo oggi un altissimo grado di stabilità, non possono (e, come si è visto nelle loro parole, non sono interessate a) garantire lo stesso tipo di continuità che dovrebbe invece essere fornito dal servizio pubblico. Questo implica, come in ogni rete informale del resto, che permanga un certo grado di discrezionalità, di affidamento alla sensibilità dei singoli volontari o di disponibilità materiali del momento. Evidentemente questo non è attribuibile alla volontà dei diversi

gruppi, ma piuttosto interroga con ancora più forza un sistema pubblico ormai solo formalmente universale che, paradossalmente, sembra addossare la garanzia di un sostanziale accesso per tutti esclusivamente alle forze di gruppi autogestiti e associazionismo.

Si richiama qui anche la specificità legata al fenomeno migratorio proprio perché le persone migranti sono tra i principali fruitori di questi sportelli. Come riporta l'operatore di Emergency intervistato, i migranti a Napoli non restano per lungo tempo, la città è considerata piuttosto un punto di passaggio e dunque anche il tipo di attività che viene loro proposta deve tenere conto di questa condizione. Inoltre, proprio a causa della necessità in molti casi di appoggiarsi a reti informali per poter accedere ai servizi in tempi utili ai propri bisogni o anche solo per poter essere a conoscenza dei propri diritti, la permanenza per periodi brevi in città implica una maggiore difficoltà di costruire queste reti e di attivare relazioni con persone che lavorano nel sistema sanitario. Questo, per tutto ciò che fin qui si è visto, mette la persona migrante in una posizione di ancora maggiore debolezza.

Si procederà ora ad enucleare alcuni aspetti che esulano dalla definizione del contesto per entrare nel merito delle pratiche messe in atto a partire da una loro osservazione incrociata sulla base dei nodi fondamentali su cui si basa questo lavoro di ricerca.

- In primo luogo, si evidenzia come sia stato un elemento costante da parte degli attivisti intervistati il ribadire l'approccio politico a queste pratiche. Al di là della definizione operativa che ciascuno ha individuato, c'è accordo tra tutti sul lavoro da fare per incentivare la consapevolezza che agendo in forme collettive sia possibile trasformare le situazioni. In particolare, è stata richiamata da tutti la partecipazione attiva come strumento utile ad alimentare questa consapevolezza. Alcuni degli intervistati hanno esplicitato come la stessa partecipazione e la conseguente costruzione di relazioni di prossimità sia un modo di fare salute.
- Per quanto riguarda eventuali rimandi alle tradizionali critiche alla medicina, oltre a quanto riportato soprattutto in riferimento alle posizioni di Medicina Democratica e del Comitato di Lotta per la Salute Mentale, è interessante fare un appunto relativamente al rapporto con i movimenti femministi e transfemministi presenti sul territorio. Nonostante sia il Presidio attraverso i laboratori, che l'Ambulatorio Medico attraverso il controllo popolare nei consultori abbiano avviato percorsi relativi al rapporto tra salute, corpi sessuati e genere, le modalità ed il taglio risultano abbastanza diversi. Il controllo popolare nei consultori è un'iniziativa che si sviluppa entro un contesto di smantellamento di servizi territoriali per cui i consultori sono una delle ultime esperienze radicate e capillari nei quartieri e dunque ne

viene messo in luce soprattutto l'aspetto di diversa relazione con il pubblico. Accanto a questo l'attività dello Sportello rivolta alla prevenzione ginecologica attraverso Pap test e mammografia è importante per la sensibilizzazione delle abitanti del quartiere, ma, pur svolgendosi con modalità diverse rispetto a quelle di un qualsiasi studio ginecologico, e dunque con maggior attenzione a spiegare all'utente gli aspetti di prevenzione ecc., viene impostato come un controllo sanitario classico, in cui gli aspetti biomedici rimangono al centro dell'iniziativa. Per quanto riguarda invece i laboratori sulla sessualità, sia in quello dedicato alla violenza di genere che in quello sul piacere sessuale il registro tenuto è stato molto diverso. L'attività si è svolta in gruppo ed in questo caso i medici, pur presenti, hanno discusso innanzitutto a partire dalla propria esperienza personale, accantonando gli aspetti più strettamente professionali che riemergevano solo nel caso in cui ci fossero domande specifiche su aspetti fisiologici o patologici legati all'apparato genitale. Questa attività, svolta in una stanza del complesso di Santa Fede con sedie e poltrone, senza allestimenti che potessero richiamare riferimenti strettamente sanitari, è stata organizzata in collaborazione con la Casa delle donne di Napoli. È stata occasione inoltre per un confronto su quali fossero i servizi presenti sul territorio da cui è emersa una progressiva riduzione dei servizi consultoriali sia per numero che per orari di apertura. Anche la relazione con i movimenti femministi e transfemministi non appare organica e non riguarda tutti i gruppi. Ad esempio, il Comitato di Lotta per la Salute Mentale ha riferito che ha avuto alcune occasioni di incontro con la Casa delle Donne per iniziative specifiche. In questo caso si può trovare traccia di una risonanza con quelle che sono storicamente state le posizioni dei movimenti femministi sulla salute e non, nei ripetuti riferimenti che il Comitato fa al partire da sé, all'assunzione di consapevolezza, ma anche alla rottura del tradizionale rapporto medico-paziente. Un po' più organica si è rivelata la relazione tra il Presidio di Salute Solidale e la Casa delle Donne per quanto riguarda l'iniziativa comune dei laboratori sulla sessualità, ma la sperimentazione è molto recente ed è dunque molto difficile poter trarre considerazioni generali sugli effetti di questa contaminazione.

- Vi è da parte di tutti gli intervistati una consapevolezza specifica sui determinanti sociali di salute, pur con alcune differenze dovute principalmente all'impostazione politica di ciascun gruppo (ad esempio un aspetto che torna frequentemente è il rapporto tra salute e lavoro, ma non accomuna tutti). È diverso però il modo in cui i determinanti sociali vengono inseriti nella propria visione della salute e della sanità perché per alcuni questo concetto dev'essere fatto rientrare nel servizio sanitario (un esempio di questo potrebbe essere l'impostazione che è stata data alla Consulta popolare sulla salute e la sanità), per altri implica un intervento

combinato tra chi si occupa specificamente degli aspetti sanitari con chi è attivo su altri fronti, come ad esempio il diritto all'abitare o al lavoro; per altri ancora significa soprattutto aprire spazi di confronto ampi in cui i determinanti sociali sono parte della discussione quanto il tema del diritto all'accesso o il benessere generale.

- Un altro aspetto spesso richiamato dagli intervistati è quello della processualità di questi percorsi che viene riferita sia per rendere l'idea di come si sono evoluti nel corso del tempo, sia per esplicitare la consapevolezza che le ricadute pratiche delle iniziative saranno visibili a lungo termine. Ad esempio, gli attivisti del Comitato San Gennaro sottolineano come sia molto rischioso mettere in opera singoli eventi, non solo per quanto riguarda le iniziative politiche, ma in generale. Utilizzano infatti il termine “eventismo” per rendere l'idea di una modalità di procedere in cui grande rilevanza viene data ad un singolo appuntamento, ad un evento appunto, per cui tutte le energie si concentrano su quel momento tralasciando la preparazione del contesto entro cui verrà calato e abbandonando il campo subito dopo la conclusione. Secondo quanto riportano, è un problema che si pone anche rispetto ad iniziative pubbliche che sono state fatte entro il rione Sanità in cui molta cura e attenzione è stata posta sull'evento, ma senza che questo lasciasse un particolare effetto positivo a lungo termine sul quartiere.
- Quasi tutte le realtà coinvolte per le interviste hanno relazioni a livello nazionale ed in particolare sia l'Ambulatorio Medico dell'ex OPG che il Presidio di Salute di Banchi Nuovi sono stati coinvolti dal progetto di ricerca azione del People's Health Movement e, attraverso questo contatto, hanno avviato un percorso di confronto a livello nazionale attraverso gli appuntamenti denominati “Il movimento fa bene” che si sono succeduti a partire dal 2015 fino al 2017. In particolare, le attività del Centro di Salute Internazionale di Bologna e l'esperienza portata avanti a Roma da alcuni degli ex “Medici senza camice” di medicina comunitaria sono state riportate dagli intervistati del Presidio di Salute Solidale come spunti interessanti e di confronto diretto da cui hanno fatto derivare alcune riflessioni per provare a tradurle sul territorio in cui operano. Anche gli attivisti del Coordinamento Campano per la salute mantengono relazioni nazionali che sono andate strutturandosi nel corso dell'ultimo anno anche grazie alla campagna “Dica32”.
- Soprattutto nel caso del Comitato di Lotta per la Salute Mentale, si ritrova una tradizione di lungo corso in Italia di sperimentazioni su forme comunitarie per affrontare la malattia

mentale. È interessante però vedere come, nel ritenere non separabili mente e corpo, i promotori di questo percorso interagiscano attivamente con gli altri collettivi che si occupano di salute. Si può dunque supporre che anche questo fattore contribuisca ad incentivare lo sviluppo di riflessioni critiche sulla medicina.

Il caso napoletano, con tutte le sfaccettature che si sono provate a mostrare in queste pagine permette dunque di arricchire la riflessione iniziale e di osservare come una situazione di difficoltà, se non propriamente di crisi, del sistema sanitario in un territorio incida sulle condizioni di salute della popolazione e sullo stesso diritto all'accesso. Permette però anche di osservare come, pur da prospettive differenti e con intenti differenti, il tema del diritto alla salute trovi spazio per essere dibattuto a livello sociale. Il confronto politico sul rapporto tra salute e sistema sanitario sembra essere condizionato da un'esigenza concreta di intervento per chi si propone di offrire un'assistenza sanitaria a coloro i quali altrimenti non avrebbero accesso. Queste situazioni convivono però anche con sperimentazioni più orientate all'introduzione di una riflessione sulla medicina comunitaria che parte dalla promozione della salute in senso lato e dalla condivisione di pratiche.

No te pongas enfermo, estamos en crisis/Non
ammalarti, siamo in crisi

Slogan spagnolo contro i tagli alla sanità, 2011

5.1 – Descrizione del caso di Barcellona. Metodi, contesto e campione

Si procede ora alla descrizione dello studio di caso relativo alle attività della Commissione Salute del Piano di sviluppo comunitario di un quartiere di Barcellona, Poble Sec. A differenza di quanto visto relativamente a Napoli, in questo caso verrà presa in esame una sperimentazione sulla salute nata in seno alle istituzioni e attuata in collaborazione con associazioni e gruppi informali di cittadini per fronteggiare una situazione di difficoltà sociale ed economica che attraversava il quartiere nei primi anni Duemila. Dall'incontro tra alcune delle attività promosse dagli abitanti del quartiere e il programma dell'Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona *Salut als barri* prenderà avvio un progetto di salute comunitaria tutt'oggi in attività. Il capitolo si articola a partire da una descrizione del contesto cittadino e del quartiere per poi passare ad una descrizione più puntuale del Piano comunitario e della sua organizzazione. Il terzo paragrafo è dedicato ad approfondire le relazioni di questo progetto con la cittadinanza e con gli altri attori sociali coinvolti mentre il quarto descriverà i principali progetti promossi al fine di stimolare la partecipazione sociale. Il quinto paragrafo sarà dedicato ad esaminare l'idea di salute sottesa a queste progettualità ed anticipa l'ultimo paragrafo in cui verranno riportate alcune riflessioni relative a questa esperienza.

Il tema della salute comunitaria comincia a fare la propria comparsa nel dibattito pubblico cittadino a partire dagli anni Novanta. Il sistema sanitario catalano, gestito dall'Istituto Catalano di Sanità²⁸⁸ prevede una assistenza di base, chiamata *attenzione primaria*²⁸⁹ in cui rientrano le attività dei medici di famiglia e un secondo livello, quello dei servizi ospedalieri. Il nucleo portante della salute nei territori sono i Centri di Attenzione Primaria, i CAP, delle strutture distribuite nel tessuto urbano in

²⁸⁸ ICS o CatSalut. Questo è l'istituto che si occupa della gestione della sanità catalana a livello regionale.

²⁸⁹ Nel testo si utilizzerà la formula "attenzione primaria" per fare riferimento a quest'ambito di azione. Con CAP vengono indicate le strutture che prestano servizio nelle aree urbane, quelli attivi nelle aree rurali sono denominati CL - Consultori Locali.

cui i cittadini possono trovare i loro medici di famiglia, assistenza infermieristica ed alcuni medici specialisti. Ad ogni abitante residente, sulla base del proprio domicilio, viene assegnata una “equipe di attenzione primaria” di riferimento e cioè un medico ed un infermiere tra quelli che sono nel CAP della propria zona. Si vedrà nel dettaglio in riferimento ai Centri coinvolti nel caso di studio, ma è utile fin da subito dire che questa strutturazione del servizio prevede la collaborazione tra le diverse figure professionali dei Centri. Questa formula comincia a delinearsi negli anni Ottanta quando a seguito della transizione alla democrazia, cominciano ad essere ristrutturati i servizi sanitari. In Catalogna, a partire dai primi anni Novanta, viene incorporato progressivamente l’orientamento comunitario nelle attività delle equipe di attenzione primaria grazie al supporto della Società Catalana di Medicina Familiare e Comunitaria, ma questo primo passaggio non includeva ancora il coinvolgimento della popolazione. Racconta una delle mediche rispondendo al perché è stata introdotta questa attenzione alla salute comunitaria:

“è una decisione del governo regionale. considera che io sono specialista in *medicina di famiglia e comunitaria*, però lo sono da tutta la vita. È nella nostra formazione, quello che succede però è che quando ti formavi, la parte di comunitaria, era qualcosa che arrivava in seconda battuta. [...] era come un orientamento di fondo, che stava lì, che tutti la tenevano come riferimento, ma al momento di applicare risorse e destinare personale per realizzarlo, non era né prioritario, né chiaro, né definito. Piano piano cominciò a risultare che dava risultati, che funzionava” (P. medica).²⁹⁰

Si descriverà più avanti in dettaglio a cosa si riferisce l’Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona²⁹¹ quando utilizza l’espressione *salute comunitaria*, ma è utile eliminare fin da subito il rischio di fraintendimento nell’uso di questa definizione. Per farlo si richiamano alcune parole di una delle responsabili dell’Agenzia:

“A Barcellona la salute comunitaria è prevalentemente il programma *Salut als barri*²⁹², iniziammo nel 2008 a promuovere la salute comunitaria e iniziammo a Poble Sec e a Roquetes. [...] quanto abbiamo iniziato a lavorare con la salute comunitaria, avevamo un’idea abbastanza vaga di che cosa significava. Quello che è successo in tutti i luoghi è che non c’è una definizione precisa di che cos’è la salute comunitaria. Quindi abbiamo pensato che potesse essere quella che fanno nei

²⁹⁰ Le citazioni da intervista o testi riportati in questo capitolo sono in spagnolo castigliano o in catalano all’origine. Tutte le traduzioni sono state curate da chi scrive.

²⁹¹ Da qui in avanti si utilizzerà la sigla ASPB per indicare questa Agenzia avviata a partire dal 2003. Essa è attualmente gestita per il 60% dal Comune di Barcellona e per il 40% dalla Comunità autonoma di Catalogna.

²⁹² In spagnolo *Salud a los barrios*, salute nei quartieri.

CAPs, ma abbiamo verificato che spesso quella che chiamano salute comunitaria è semplicemente l'assistenza non farmacologica. Qualsiasi cosa che facessero senza farmaci e con un gruppo di persone, allora era salute comunitaria, nella loro opinione. E non lo era.” (L. ASPB).

Verrà dato spazio nei prossimi paragrafi ad una spiegazione più puntuale sia del progetto *Salut als barri* che alle altre iniziative promosse in quest'ambito per poi poter ricostruire cosa viene definito salute comunitaria a partire dalle modalità con cui viene applicato nelle pratiche.

Si procederà ora ad una breve descrizione del contesto territoriale oggetto dello studio. Come descritto in precedenza, la scelta di indagare questa sperimentazione è nata durante il periodo di lavoro sul campo proprio alla luce della rilevanza che poteva avere nella riflessione sul rapporto tra alternative alla salute biomedica nei contesti locali e relazione con le istituzioni. La scoperta dell'esistenza di una sperimentazione promossa a livello istituzionale di salute comunitaria con il coinvolgimento di cittadini e associazioni permette di approfondire lo sguardo sul tema da una prospettiva differente rispetto a quella napoletana in cui prevale la sperimentazione entro contesti informali e autogestiti.

Nel caso barcellonese si è concentrata l'attenzione su un progetto elaborato in funzione della situazione specifica del quartiere di Poble Sec che fa parte del distretto amministrativo di Sants-Montjuïc ed è collocato a sud di avenida Paral·lel e delimitato dal mare ad est mentre a sud dal monte Montjuïc.

Gli abitanti di Barcellona sono 1.620.809²⁹³ e la città è suddivisa in 10 Distretti e 72 quartieri. Così come si è visto nel caso napoletano, anche attorno a Barcellona si è sviluppata un'ampia area metropolitana con un'alta concentrazione di abitanti con cui la popolazione complessiva arriva a circa 3,2 milioni, quasi la metà degli abitanti dell'intera Comunità autonoma catalana²⁹⁴.

I censiti a Poble Sec nel 2018 sono 40.358 il che indica che si tratta di un quartiere densamente popolato e osservando i dati relativi alla composizione della popolazione, emerge una presenza significativa di abitanti nati fuori da Barcellona, sia provenienti da altre zone della Regione che della Spagna a cui si aggiunge una componente di immigrazione dall'estero²⁹⁵.

Popol. per luogo di nascita (%)	2008		2014	
	Poble Sec	BCN	Poble Sec	BCN
Barcellona	44.4	51.8	42.2	51.9
Catalogna	5.5	7.4	5.3	7.5

²⁹³ Instituto Nacional de Estadística, 2017

²⁹⁴ Secondo gli ultimi dati raffrontabili, risalenti al 2012, la popolazione dell'intera Catalogna era di 7.570.908, mentre l'area metropolitana ne contava 3.239.337. Dati AMB (<http://www.amb.cat/es/web/area-metropolitana/coneixer-l-area-metropolitana/poblacio>)

²⁹⁵ Si ricorda qui che la Catalogna è una delle regioni più ricche della Spagna come visto nel terzo capitolo.

Spagna	17.1	20.1	15.2	18.4
Esteri	32.9	20.1	37.3	22.2
Reddito familiare	70.8	100	66.3	100
Disoccupazione %	-	-	11.1	9.7

Tabella 7 - Indicatori demografici per luogo di nascita dati del Comune di Barcellona e del Consiglio Economico e Sociale di Barcellona

Come risulta dalla Tabella 7 qui sopra, la composizione della popolazione residente a Poble Sec è abbastanza diversa rispetto alla situazione media cittadina con meno della metà dei residenti nati a Barcellona, dato ulteriormente in calo nel 2014. L'altra informazione rilevante è la presenza di persone nate all'estero che supera di quasi 13 punti percentuali la media barcellonese del 2008 per arrivare ad essere a +15% nel 2014. Contestualmente a questi dati, si riportano anche quelli relativi al reddito familiare, che risultava essere già inferiore a Poble Sec rispetto al dato cittadino e ulteriormente ribassato, di più di 4 punti percentuali, nel 2014. È disponibile per lo stesso anno anche l'informazione relativa alla disoccupazione che ammonta all'11,1%, lievemente superiore a quella media riscontrata nell'intera città²⁹⁶.

In un documento relativo alla valutazione dell'impatto della salute comunitaria nel quartiere redatto nel 2016²⁹⁷, gli autori riportano anche alcuni indicatori di salute relativi all'anno considerato da cui emerge che la speranza di vita al momento della nascita è di 83,4 anni, sia considerando il dato del quartiere che quello cittadino. Le differenze emergono invece prendendo in considerazione il tasso di fecondità adolescenziale²⁹⁸ che a Barcellona è di 8,6 mentre a Poble Sec è quasi doppio (16). Un discorso simile vale considerando il basso peso alla nascita: sono sottopeso il 7,4% dei bambini nati a Barcellona, mentre lo sono il 9,2% dei nati a Poble Sec. Un ulteriore dato rilevato è quello della mortalità prematura²⁹⁹, tra gli 1 e i 70 anni, che nel quartiere supera il tasso cittadino di ben 22,7 punti percentuali.

Utilizzando queste informazioni si può cominciare a delineare la situazione che le associazioni per la promozione sociale e i gruppi di abitanti presenti in quartiere dovevano fronteggiare quotidianamente

²⁹⁶ L'ultimo dato disponibile relativo alla disoccupazione indica un tasso dell'8,1% per la popolazione tra i 16 e i 64 anni nel 2017. Dati Comune di Barcellona.

²⁹⁷ Morales E., Quintana B., *Estudi del barri del Poble Sec*, IGOP, ASPB, ICS, Barcelona, 2016. Questo studio è parte di un progetto più ampio di valutazione dell'impatto della salute comunitaria a partire da un lato dalla volontà di migliorare l'azione comunitaria in salute, dall'altro "dalla preoccupazione per l'aumento delle disuguaglianze in salute che si sono accentuate con i processi di crisi dello scorso decennio". Per queste ragioni il progetto prova a rispondere a due domande generali e cioè in che modo la presenza di azioni comunitarie per il miglioramento della salute si associa ad un miglioramento degli indicatori di salute e dall'altra, quali sono stati i fattori che hanno permesso un maggiore o minore impatto dell'azione comunitaria.

²⁹⁸ Indicato come il tasso di gravidanze tra le adolescenti ogni 1000 donne tra i 15 e i 19 anni

²⁹⁹ O "mortalità evitabile", "avoidable mortality" secondo la definizione EuroStat con cui vengono indicati i decessi contrastabili con interventi di sanità pubblica.

a fronte di una situazione cittadina piuttosto diversa. Questa valutazione ha fatto sì da un lato che il quartiere venisse individuato come uno di quelli destinatari dei finanziamenti promossi a seguito dell'introduzione della cosiddetta Llei de barri³⁰⁰ nel 2004. Questa norma regionale stanziava finanziamenti congiunti del Comune e della Regione destinati a supportare progetti per migliorare le condizioni di vita nei quartieri interessati. È stato dentro questo quadro che la Coordinadora de Entitats³⁰¹ di Poble Sec ha presentato il progetto di un Piano di sviluppo comunitario.

Questi Piani sono definiti come “un processo pubblico di azione comunitaria, con una forte dimensione educativa e valoriale, che a partire da una visione globale persegue un ventaglio di trasformazioni e miglioramenti territoriali con la finalità di aumentare la qualità della vita delle sue cittadine e dei suoi cittadini. Un processo in cui la partecipazione si converte nella strategia e nell'elemento metodologico di base per conseguire i propri obiettivi.” (Comune di Barcellona, 2018). Hanno cominciato a concretizzarsi nel a metà degli anni Duemila sospinti soprattutto dalla necessità da parte delle amministrazioni comunali di definire una strategia di politiche pubbliche in grado di far fronte ad una città molto vitale e con una società in continua trasformazione.

Restringendo ora lo sguardo sul quartiere di Poble Sec si intende restituire una mappa sociale e geografica che possa fare da sfondo alla descrizione del progetto che seguirà nelle prossime pagine. In particolare, ci si concentrerà sulle strutture coinvolte, a vario titolo dalle attività del Piano ed in particolare dalle attività della Commissione Salute.

³⁰⁰ Questi bandi, finanziati a metà tra Comune e Regione nacquero sulla spinta della cosiddetta Ley de barrios, n. 2 del 4 giugno 2004 del Parlamento Catalano “di miglioramento dei quartieri, delle aree urbane e delle cittadine che richiedono un'attenzione speciale”.

³⁰¹ La Coordinadora è una federazione che riunisce la maggior parte delle associazioni del quartiere di Poble Sec. A partire dalla sua fondazione, nel 1989, ha riunito circa 80 gruppi ed oggi gestisce e co-gestisce con il Distretto diverse strutture presenti in quartiere ed organizza diverse attività sul territorio. Nel testo si utilizzerà “Coordinadora”. <http://www.poblesec.entitatsbcn.net/qui-som/presentacio>



Figura 4 - Mappa di Poble Sec. CAPs e centri aggregativi.

In primo luogo, si possono vedere nella mappa i punti 6 e 7, i due Centri di Attenzione Primaria su cui convergono le necessità sanitarie del quartiere. Come si vede chiaramente, il CAP Les Hortes, al punto 7, è situato entro i confini del quartiere, mentre il CAP Manso, 6, è di poco al di fuori. La ragione di questo è che nel CAP Manso sono attive più équipe di riferimento, alcune destinate a Poble Sec e altre ai quartieri confinanti.

Non si approfondiranno qui i dettagli del funzionamento di questi Centri, ma verranno ripresi alcuni elementi utili ad individuare significative differenze con il sistema sanitario italiano, a cogliere meglio il funzionamento della Commissione Salute del Piano e a dare un'idea più specifica degli effetti della crisi economica sulla sanità catalana.

Le due strutture si differenziano soprattutto perché il CAP Les Hortes è una tra le tredici Entità di Base Associativa (E.B.A.) presenti oggi in Catalogna. Come si è visto in precedenza, queste sono delle società autogestite da operatori sanitari e integrate nel sistema sanitario pubblico con contratti attraverso cui vengono loro affidati alcuni servizi di assistenza di base. Una delle infermiere che vi lavora e che fa parte anche della Commissione Salute, descrive così il Centro e le attività principali:

“Il CAP Las Hortes si aprì 15 anni fa. [...] io sono infermiera di 2800 persone. Lavoriamo in équipe, in questo caso io lavoro con due medici, però le persone sanno che hanno un'infermiera e un medico e che ci siamo tutti i giorni. [...] I medici hanno 1900 persone più o meno. E ogni giorno, tra le 14 e le 15, abbiamo uno spazio in cui ci incontriamo con le équipe e facciamo diverse cose. Riunione d'équipe, formazione... perché uno fa il turno la mattina, uno il pomeriggio e coincidiamo tra le due e le tre per fare le cose comuni, per coordinarci. Facciamo varie attività e

siamo divisi per commissioni tematiche: c'è la commissione lavoro, di [salute] comunitaria, di formazione, di qualità, di ricerca, di comunicazione. Adesso siamo organizzati così e ciascuno fa parte di qualche commissione. Una volta a trimestre facciamo una riunione congiunta in cui raccontiamo cosa stiamo facendo. [...] È convenzionato, è di uso pubblico e la gestione del denaro è privata. Sono 6 lavoratori del centro, in questo caso 5 medici e un infermiere che hanno il compito di gestire questo centro [...] nel CAP Las Hortes lavorano tra i 40 e i 50 operatori. Ci sono amministrativi, medici, infermieri, c'è un'assistente sociale, un'odontoiatra e una igienista dentale. Questa è la parte pubblica, poi ci sono dei servizi che non sono coperti dall'assicurazione sociale, c'è un servizio di podologia, un servizio di osteopatia, uno di naturopatia. L'équipe di odontologia è un po' e un po' perché alcune cose sono coperte dall'assicurazione sociale e altre no" (M. infermiera).

Si sottolineando le differenze principali con il sistema italiano. In primo luogo, la concentrazione di tutti i medici di medicina generale nella stessa struttura è un elemento che contraddistingue questo sistema e permette di organizzare il lavoro in piccoli gruppi, le équipes che sono un nucleo a sé stante che, ad esempio, può stabilire in caso di bisogno, di fare visite domiciliari congiunte, chiedendo anche il supporto dell'assistente sociale, se necessario. Ma l'aspetto da mettere in evidenza ai fini di questa riflessione è la pratica di avere, entro il proprio orario di lavoro, un'ora di condivisione ogni giorno che coinvolge tutto il personale. Questa modalità di lavoro, peraltro presente anche nelle strutture pubbliche, sembrerebbe essere uno strumento molto funzionale sia al mantenimento di una formazione continua che allo scambio di informazioni o anche solo di pareri tra gli operatori. Evidentemente il fatto che i medici di base lavorino tutti insieme nello stesso luogo ed inoltre accanto a specialisti e assistenti, sociali facilita per loro la possibilità di un confronto o di un supporto quando necessario e per i pazienti la possibilità di effettuare le visite in uno stesso luogo³⁰².

Una delle operatrici del CAP Manso si concentra invece sul racconto di quale sia la situazione a cui stanno facendo fronte nelle strutture pubbliche dopo i tagli seguiti alla crisi economica:

“Il CAP Manso aprì all'epoca di Franco, è molto vecchio. [...] qui abbiamo quattro aree di base e non facciamo incontri tutti insieme [solo interni a ciascuna area di base]. Noi siamo l'équipe che si occupa della metà del Poble Sec, perché l'altra metà ce l'ha il CAP di Les Hortes, e in più [seguiamo] una parte verso Plaça d'Espanya e verso la montagna. Facciamo 37,5 ore a settimana [...] questo è l'orario ufficiale che però è aumentato con la crisi perché prima erano 36 ore, però il governo decise di alzarle a 37,5 [...] ci sono centri che lo gestiscono con un orario definito, da

³⁰² La struttura descritta ricorda in parte quelle delle Case della Salute che stanno cominciando a sorgere anche nel contesto italiano. Conferma di questo si trova anche nel volume di Brambilla A., Maciocco G, Le case della salute. Innovazione e buone pratiche, Carocci Faber, Roma 2016.

lunedì a venerdì, però ci sono altri centri che hanno diviso queste ore... per esempio, se manca un operatore e devi lavorare sia mattina che pomeriggio, lavori mattina e pomeriggio, ma non vieni pagato. Prima della crisi se tu lavoravi fuori dal tuo orario, ti pagavano, prendevi soldi per le ore in cui stavi lavorando. [...] se devi lavorare più a lungo, lo fai e non ti pagano. Non è che la gente sia stata mandata via, quello che succede è che non fanno i contratti. Prima, quando si ammalava un operatore, si assumeva un sostituto per le ore che servivano, adesso lo facciamo noi. Ad esempio, prima veniva fatto un rinforzo invernale perché si sapeva che c'era più febbre, influenza eccetera, per cui si apriva uno spazio di visite per le urgenze e c'era una copertura, adesso no." (P. medica).

Una voce non dissimile è quella di una delle abitanti del quartiere, molto presente nelle attività sociali, ma che ha scelto di non partecipare alla Commissione Salute per distinguere il piano della propria vita privata da quello lavorativo. Questa signora è medica in un CAP di un'altra zona di Barcellona e anche lei racconta le difficoltà cui sono stati sottoposti a causa dei tagli seguiti alla crisi economica:

"Faccio 35 ore a settimana [in un CAP pubblico], ufficialmente, però per via dei tagli, esco sempre più tardi e non mi prendo il tempo che mi è assegnato come riposo. Copro i tagli con i miei sforzi personali e non mi pagano per questo. Perché i medici di famiglia, quasi tutti, facciamo questa professione per vocazione e ci piace fare il nostro lavoro e i nostri pazienti li conosciamo da [tantissimi] anni. [...] Abbiamo una quantità di pazienti che è molto più di quella che possiamo affrontare, abbiamo un numero di visite quotidiane che è molto più alto di quello che possiamo gestire correttamente e quindi tu organizzi la tua agenda sulla base degli appuntamenti che l'ICS ti dà da fare, a cui si aggiunge quello che accade nel corso della giornata e devi farlo. [...] Sempre più spesso il medico di famiglia si fa carico di pazienti complessi di cui prima si faceva carico l'ospedale. Si è allungata la speranza di vita, sono pazienti cronici con molte patologie, con molti farmaci e quindi noi dovremmo essere la porta d'accesso al sistema sanitario per questi pazienti, ma vediamo che non possiamo esserlo per com'è organizzato in questo momento. Per le risorse che non ci sono, non abbiamo sostituti se andiamo in ferie o ci ammaliamo o se facciamo un corso. E i pazienti ricadono sui colleghi. Abbiamo attraversato momenti in cui su 13 medici, ce n'erano 4 assenti, uno o due in ferie, una in malattia, un pensionamento che non è stato sostituito per 5 mesi. Che succede con pazienti con quel quadro medico? La legge dice che devono ottenere una visita con il proprio medico entro 48 ore e la realtà è che stiamo fissando visite dopo 3 o 4 settimane. Se è urgente lo facciamo il giorno stesso, ma poi lo visita un altro medico" (T. abitante Poble Sec).

Quanto emerge è una situazione molto complessa e sia nei centri convenzionati che in quelli pubblici uno dei problemi maggiori è legato al fatto che il personale è costretto a fare straordinari perché il numero di pazienti è molto elevato e i professionisti contrattualizzati non sono sufficienti. Inoltre, questo tempo di lavoro aggiuntivo, a seguito dell'introduzione dei tagli economici, non viene più pagato. L'effetto è quindi quello di un peggioramento del servizio che ricade poi anche sui pazienti³⁰³. Dalle parole di questa operatrice sanitaria si può inoltre ricavare come stia cambiando la tipologia di paziente con cui i medici hanno a che fare, soprattutto nella direzione di persone anziane con patologie cronicizzate e che dunque necessitano di un'attenzione continua. Evidentemente il carico di lavoro di un medico con 1500 pazienti per metà in età giovanile non è paragonabile a quello che pur avendo lo stesso numero di pazienti, deve affrontare un'utenza prevalentemente anziana. Come si vedrà, sono state proprio le difficoltà a cui sono esposte le persone più anziane a fare da stimolo all'avvio di molti progetti del Piano comunitario di Poble Sec.

Vi sono, oltre ai due Centri di Attenzione Primaria, altre strutture che durante le interviste sono state individuate come punti di riferimento in quartiere. In particolare, si tratta della sede della Coordinadora d'Entitades (n. 2 nella mappa), che nel 2017 si trovava in una palazzina al centro del quartiere composta da due grandi sale per attività collettive al piano terra e diversi uffici al piano superiore, ma che ha cambiato indirizzo nel corso degli ultimi mesi. A questa è direttamente collegato, dal punto di vista gestionale, il Centro Civico El Sortidor (n. 4), gestito a metà tra la Coordinadora e il Comune e situato anch'esso in una piazzetta di grande passaggio per gli abitanti del quartiere. Il Centro è in un edificio ristrutturato con facilitazioni per l'accesso delle persone disabili e con un bancone per l'accoglienza sul quale sono raccolti i materiali di tutte le attività, corsi, iniziative che si svolgono in quartiere e che possono essere presi gratuitamente. Si sviluppa su tre piani. A piano terra ci sono alcuni stanzoni modulari per attività con grandi gruppi, mentre i piani superiori ospitano uffici e sale per attività varie che sono a disposizione di associazioni e collettivi che ne fanno richiesta. Al terzo piano è stata inoltre installata una cucina industriale che è utilizzata per corsi di cucina oppure per pranzi e cene collettive.

Una situazione simile è quella del Centro Culturale Albareda (n. 3) situato nella parte di quartiere più vicina al mare, esattamente dietro alle tre ciminiere che sono considerate il simbolo di Poble Sec. Questa struttura è gestita direttamente dal Comune ed è concepita come luogo destinato ad attività musicali, corsi e iniziative artistiche. La struttura è simile al Centro El Sortidor, cucina a parte. Vi è però la stessa disponibilità di sale per attività dei gruppi e delle associazioni.

³⁰³ L'intervistata è anche attivista della Marea Blanca catalana ed è tra le fondatrici, nel febbraio 2017, di *Rebelión Atención Primaria*, un collettivo di operatori sanitari che si sta organizzando per contrastare la privatizzazione del sistema sanitario catalano. Nonostante l'atteggiamento critico nei confronti del funzionamento del sistema che emerge anche dalle parole delle intervistate per questa ricerca, prevale comunque un orientamento di difesa della sanità pubblica.

La biblioteca, intitolata a Francesc Boix³⁰⁴, invece è considerata uno dei principali luoghi di aggregazione del quartiere, un po' perché si svolgono nelle sue sale alcune delle attività dei progetti, un po' perché è situata in un punto di grande passaggio, sia di abitanti che di turisti.

A questo proposito, non è emerso frequentemente nelle interviste, ma è stato oggetto di conversazioni a margine, il fatto che il quartiere di Poble Sec sia uno dei più attraversati dai processi di gentrification che stanno caratterizzando alcune aree di Barcellona negli ultimi anni. In particolare, ciò che viene sollevato dai più critici è l'effetto che sta avendo sul tessuto sociale del quartiere il consistente aumento di turisti nella zona ed in particolare la progressiva influenza anche sui costi delle case. Secondo quanto riportato in una di queste conversazioni, è sempre più frequente che le persone in affitto nelle case di Poble Sec vedano il mancato rinnovo del contratto perché i proprietari intendono affittare le stanze ai turisti, pratica più redditizia³⁰⁵.

L'ultimo di questi centri aggregativi che si vuole segnalare è quello dell'Ateneu Cooperatiu La Base (n. 5), situato a pochi passi dal CAP Les Hortes. È interessante riportare la descrizione che loro fanno della propria proposta:

“La Base è un progetto che parte dalla necessità di alcune persone che sentono di volersi dotare di forza materiale autonoma nel quartiere, di ricostruire la costellazione di infrastrutture autogestite che i quartieri di Barcellona avevano nel primo terzo del XX secolo – cooperative di consumo, ateneu, sindacati propri, scuole razionaliste, pubblicazioni – che costituivano un'incredibile forza rivoluzionaria. Per farlo scommettiamo nel recupero della pratica del mutualismo operaio e popolare” (La Base 2018).

Riportare questo stralcio della presentazione che fanno del proprio progetto permette di evidenziare come vi sia, in una parte della popolazione barcellonese, un richiamo ancora vivido all'esperienza della Repubblica catalana degli anni Trenta. Fino al termine del lavoro sul campo, nel luglio del 2017, non erano presenti segnali particolarmente evidenti di quello che sarebbero stati nell'arco di pochi mesi i fatti del 1° ottobre 2017 e gli altri avvenimenti relativi al referendum indipendentista catalano di quell'anno, ma è ripetutamente emerso nelle conversazioni fatte ed in alcuni passaggi delle interviste, una sensibilità significativa sul tema del rapporto tra Catalogna e Spagna, in particolare da

³⁰⁴ Boix è un fotografo e militante comunista che dopo aver combattuto nella Guerra Civile Spagnola si rifugia in Francia e lì viene arrestato e internato nel campo di lavoro nazista di Mauthausen, in Austria. Qui farà le fotografie ufficiali per i gerarchi raccogliendo le testimonianze dei crimini commessi contro le migliaia di prigionieri. Riuscirà a nascondere e portare via diverso materiale fotografico che sarà poi utilizzato a supporto della propria testimonianza nei processi di Norimberga e di Dachau contro il regime nazista.

³⁰⁵ Spesso l'alternativa è che vengano proposti adeguamenti degli affitti a prezzi significativamente superiori per incentivare gli affittuari a cambiare casa. Su questo tema sono state avviate diverse campagne dai movimenti sociali di Poble Sec, ma anche cittadini. In particolare, è stato significativo incontrare all'Ateneu La Base un manifesto per la campagna di denuncia contro gli affitti abusivi ai turisti.

parte dei più anziani tra gli intervistati anche se solo in un paio di occasioni il tema è stato da loro affrontato direttamente con la specificazione della propria posizione independentista.

Ciò che emerge, al di là degli aspetti più specifici, è una grande vivacità a livello sociale che si trova però a scontrarsi con una situazione socioeconomica già complessa su cui pesano in modo significativo gli effetti della crisi economica e di politiche orientate da un lato al taglio dei servizi e dall'altro ad una loro progressiva privatizzazione. Aveva preso avvio infatti già prima della crisi la riflessione portata avanti da alcuni abitanti del quartiere per trovare risposta all'interrogativo su quale fosse la pratica più efficace per ridurre le disuguaglianze di salute presenti. Comincia quindi a nascere a metà degli anni Duemila l'esigenza di indagare lo stato di salute dei quartieri per individuare le difficoltà esistenti nella popolazione e quali fossero le loro percezioni di salute:

“Nel 2005 la Coordinadora di Entidades del quartiere ha notato che c'era più immigrazione, che c'erano più problemi di convivenza e allora decisero di avviare un piano di convivenza che iniziò a crescere e ad entrare in contatto con il Comune e così l'equipe di attenzione primaria di Las Hortas, visto che era un gruppo nuovo, che stava iniziando un progetto che presentava una serie di cambiamenti, decisero di fare anche un diagnostico di salute comunitaria nel quartiere con la Coordinadora. [...] Però nel 2008 apparve il progetto Salut als barris [...] orientato ai quartieri con i determinanti socioeconomici più svantaggiati per migliorare questi determinanti perché si era visto che danneggiavano la salute. Allora l'ASPB si è attivata e hanno fatto un diagnostico di salute con le associazioni del quartiere, le equipe di attenzione di base -ed è lì che iniziammo a partecipare noi- e allora iniziarono a fare i diagnostici con le persone che si considerano chiave per conoscere un po' la situazione, capire un po' gli spazi... [...] Si incontrarono una serie di problemi nel quartiere, si segnarono tutti gli agenti e si stabilì una priorità di quelli che si consideravano più importanti e da lì si fece un diagnostico della salute comunitaria e si fecero una serie di iniziative. [...] e da lì uscì il Piano comunitario e la commissione di salute. [...] in un processo di valutazione continua. Dopo un po' emerse chiaramente che era necessario che partecipassimo di più. [...] abbiamo deciso che dentro l'attenzione primaria è necessario dare priorità all'attenzione alla comunità. In altri Centri il processo sta iniziando adesso, qui il processo già era stato fatto, stiamo in un'altra fase. Però arrivò dall'equipe di salute comunitaria. [...]” (P. medica).

Queste parole descrivono rapidamente i diversi passaggi che hanno portato alla nascita del Piano comunitario e soprattutto alla scelta di concentrare l'attenzione sul tema della salute in modo tale che non solo gli operatori sanitari si sentissero maggiormente coinvolti, ma anche con l'intento di modificare la percezione di cosa significava fare salute in un quartiere.

5.2 – Presentazione dell'esperienza del Piano comunitario di Poble Sec e sue origini

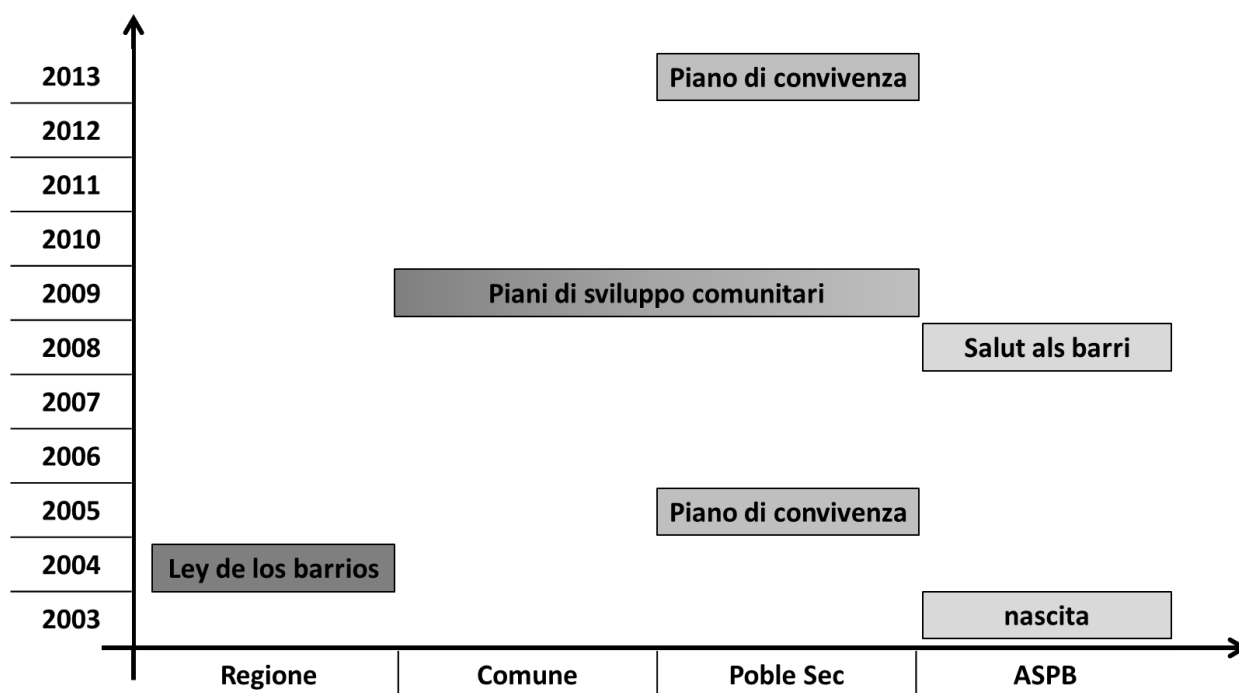


Figura 5 - Momenti salienti dello sviluppo dei progetti di salute comunitaria per livello amministrativo e anno. Elaborazione dell'autrice

Osservando la Figura 5 è possibile ricostruire in modo schematico i diversi passaggi che hanno permesso l'introduzione e poi accompagnato l'evoluzione delle pratiche di salute oggetto di questa ricerca. Seguendo da una parte la scansione cronologica degli eventi si sono voluti mettere in evidenza i passaggi salienti di questo processo a partire dagli enti che li hanno promossi. Come è evidente con questa schematizzazione, il raggiungimento dell'odierno modello di salute comunitaria è stato possibile grazie ad una serie di normative e pianificazioni introdotte nel corso di dieci anni da diversi enti pubblici.

Va inoltre specificato che è stato assunto come caso di studio il Piano comunitario di Poble Sec, ma che il Comune di Barcellona ha avviato piani di questo tipo in molti altri quartieri a partire dal 2009. Proprio per la progressiva estensione del progetto si sta verificando negli ultimi anni che i quartieri si trovino in fasi diverse dello sviluppo delle iniziative e dunque comincia ad essere possibile per i

ricercatori dell'Agenzia di Salute Pubblica, di incrociare informazioni non sono puntuali, ma anche di processo³⁰⁶ utili a modificare le iniziative rivolte ai quartieri ancora nelle fasi iniziali.

Come si è visto in precedenza, il progetto promosso dall'ASPB è stato calato spesso in contesti in cui erano già in corso progettualità promosse da associazioni di quartiere. Se a Poble Sec il Piano di sviluppo comunitario è stato adattato sul modello del precedente Piano di convivenza, altri piani comunitari sono stati attivati in altri quartieri di Barcellona e raggiungono complessivamente a decine di migliaia di persone. Per questa ragione, l'inserimento dell'approccio di salute comunitaria è un passaggio che l'Agenzia ha ritenuto di curare nel dettaglio e seguire nel suo svolgimento attraverso un lavoro in cinque fasi. In primo luogo, è previsto un accordo politico tra la consigliera di salute e il consigliere del Distretto sanitario basato sul riconoscimento, alla luce di indagini precedenti, che il quartiere interessato dal progetto è tra i più svantaggiati secondo quanto emerge da indicatori socioeconomici, in particolare sulla base dell'indice di deprivazione³⁰⁷. Il secondo passaggio è l'attivazione di un gruppo motore che sarà poi la base da cui prenderà avvio tutto il processo. Questo gruppo è composto da persone che rappresentano la comunità ed i suoi diversi settori. In particolare, proprio perché ciò su cui viene posto l'accento è il ruolo degli aspetti non sanitari nella definizione dello stato di salute, l'ASPB ha provato a valorizzare le situazioni preesistenti nei territori e in particolare, quando è stato possibile, i Piani comunitari:

“Pensa che siamo partiti dalla premessa che la salute si costruisce fuori dal settore sanitario. Per l'80% si costruisce con gli aspetti non sanitari. In questo gruppo motore sono rappresentati l'equipe di attenzione primaria che si occupa del quartiere, i servizi sociali, noi come ASPB che abbiamo un tecnico superiore e un'infermiera di salute comunitaria, rappresentanti degli abitanti, può esserci una persona che lavora nella biblioteca di quartiere perché si considera che sia un agente importante per creare salute comunitaria e alla fine persone che consideriamo che possano essere dei leader, o che possono essere importanti per guidare un processo di salute comunitaria. [...] se c'è un piano di sviluppo comunitario, com'è a Poble Sec, questo fa parte del gruppo e se è possibile lo guida. La nostra idea è che non sia un professionista di salute che guida questo processo perché non è un intervento biomedico [...] noi partiamo da questo frame concettuale dei determinanti sociali di salute a livello urbano e quello che pretendiamo è agire sui determinanti sociali. Ovviamente a livello di quartiere non ridurremo la disoccupazione in modo impressionante, però è quello che si può fare a livello più prossimo. [...] consideriamo come

³⁰⁶ Si possono trovare informazioni più dettagliate sugli altri piani nel sito dei servizi sociali del Comune di Barcellona <http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/> oppure nella pagina dedicata alla salute nei quartieri del sito dell'ASPB <https://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/la-salut-als-barris/>

³⁰⁷ Questo è un indicatore che esprime il livello di svantaggio sociale relativo utilizzando una combinazione di caratteristiche della popolazione. Vi sono diverse scuole di pensiero sui fattori da considerare per la definizione di questo indice che in ogni caso è considerato uno strumento flessibile e adattabile in base al contesto di applicazione.

determinante sociale il contesto fisico, il contesto socioeconomico, i contesti in cui possiamo agire sono gli stessi quartieri, il commercio, il lavoro e gli assi delle disuguaglianze. Siamo partiti da questa cornice concettuale basata sui determinanti [...] poi ci sono luoghi in cui non è possibile perché ci sono situazioni in cui sia a livello dei professionisti che a livello della comunità, considerano che la salute è questione del sistema sanitario e questo è molto difficile cambiarlo! Il settore sanitario è utile per le malattie, però non per il cambio.” (L. ASPB).

Quest’ultima frase in particolare racchiude il senso generale che è stato dato a questo tipo di intervento orientato soprattutto a facilitare un’uscita dalle condizioni di difficoltà riscontrate in prima battuta. Proseguendo con l’intervista è emerso inoltre come anche il contributo dei CAP non sia stato considerato per il loro ruolo sanitario, piuttosto per il ruolo sociale che hanno nei quartieri, per la possibilità che offrono di entrare in contatto con gli abitanti e soprattutto con quelli che riportano maggiori difficoltà dal punto di vista della salute percepita. A seguito dell’individuazione del gruppo motore, viene avviato poi un lavoro di analisi della situazione sulla base della cornice concettuale di riferimento in cui vengono combinate metodologia quantitativa e qualitativa fino a raccogliere una quindicina di fonti (“14 o anche 17” L. ASPB) di dati su informazioni molto varie tra loro che possono includere anche elementi quali lo stato delle abitazioni, la povertà energetica o altre, per ricostruire il quadro complessivo dell’azione delle disuguaglianze di salute nella zona. Questa attività di ricerca è cambiata nel tempo perché inizialmente l’Agenzia si avvaleva del supporto di due distinti servizi per i due tipi di analisi, ma vista l’intenzione di triangolare poi le informazioni in modo tale che i dati numerici vengano integrati con la percezione e le opinioni della popolazione, le ultime indagini sono state condotte da un unico gruppo di ricerca.

Il passaggio successivo è l’implementazione delle attività del gruppo motore attraverso l’organizzazione di una giornata aperta alla popolazione in cui si invitano a partecipare operatori e persone del quartiere per definire le priorità su cui sarà imperniato l’intervento. Questa è una fase delicata in cui, secondo quanto riferito dalle intervistate, molto dipende dalla reale disponibilità della popolazione a partecipare. In molti casi “la partecipazione non è rappresentativa, a partecipare sono sempre gli stessi e inoltre hanno interessi concreti, sicuramente tutto quello che esce da lì è ragionevole, però non arriviamo a una partecipazione, ci sono gruppi che hanno molta più capacità di pressione.” (L. ASPB)

A seguito di questo lavoro di definizione delle priorità vengono strutturate le diverse iniziative ed attività. L’intervistata riporta anche che una delle difficoltà maggiori nella definizione di questi progetti nasce dal fatto che l’Agenzia si trova ad agire in quartieri non omogenei, né come composizione sociale, né come popolazione. Infatti, nel corso degli anni, l’adesione a Salut als barris è giunta sia da quartieri di 1000 persone che da altri popolati da 35-40 mila persone. Nel considerare

le difficoltà relative al coinvolgimento delle persone bisogna tenere presente che proprio le difficoltà esistenti e le situazioni sfavorevoli che spingono l'Agenzia ad attivare i progetti, sono le stesse che limitano la partecipazione spontanea. Vi è però un'attenzione particolare a fare in modo di promuovere l'attivazione dei cittadini senza mai utilizzare strumenti impositivi proprio perché il progetto stesso è orientato a promuovere un altro tipo di relazioni. Dietro questa scelta sembra esserci anche la consapevolezza che un ruolo importante è giocato dal senso comune sia su cosa è "salute" sia su quelle che sono comunemente assunte come le modalità di intervento. Si presta dunque attenzione a non attivare un meccanismo di aspettativa, ma anzi a stimolare iniziative nuove:

"Se fossimo prescrittivi, cosa che non può essere perché la salute comunitaria non è prescrizione, non è possibile, sono concetti antagonisti, potremmo decidere semplicemente che i problemi su cui andiamo a intervenire sono questi. Certo che quello che proviamo a fare è coinvolgere la comunità e questi settori fin dal principio, nel diagnostico è una cosa a cui viene data priorità. Dopo questo vengono identificati quelli che sono i principali problemi e su quali sono i possibili interventi, non viene definita una priorità, perché la comunità in generale non deve sapere quali sono gli interventi pratici per esempio per ridurre la solitudine degli anziani. [...] perché la decisione su quali interventi mettere in pratica si decide a livello di gruppo motore, cioè, la partecipazione esiste, ma se chiedessimo in generale alla comunità che cosa andrebbe fatto per ridurre il consumo di droga, conferenze, incontri... questo non serve a niente. Ci chiederebbero conferenze che in poi hanno effetti marginali per cambiare la situazione. Allora noi per esempio facciamo intervento per esempio con l'infanzia, quello che vediamo per esempio è che sono aumentati i conflitti dentro le famiglie, con la crisi economica sono cresciuti. E un intervento a livello comunitario può essere un intervento per migliorare la stabilità della genitorialità di padri e madri." (L. ASPB).

Passando ora alla vicenda specifica del Piano comunitario di Poble Sec, va ricordato innanzitutto che esso si è sovrapposto al cosiddetto Piano di convivenza che aveva visto l'avvio di due gruppi di lavoro, uno attivo sulla tematica della salute e l'altro sorto con un'attenzione specifica sulle condizioni di vita degli anziani (*Gent Gran* in catalano). Entrambi sono stati successivamente riassorbiti entro il nuovo progetto, ma in entrambe le fasi è da segnalare una collaborazione sempre molto attiva tra i due.

"In un primo momento la Commissione salute e la commissione Anziani lavorarono molto insieme perché tra le necessità del quartiere in tema di salute si diede priorità alla salute degli anziani del quartiere. Perché il quartiere era molto invecchiato, c'erano moltissimi anziani che vivevano da soli, con problemi di mobilità e quindi non potevano scendere in strada perché la

maggior parte dei palazzi qui è senza ascensore [...] poi, quando il piano comunitario si instaurò pienamente, si stabilirono le altre commissioni. Nel frattempo, arrivò la ASPB con il programma *Salut als barris* e allora, visto che in questo quartiere la commissione di salute era già in attività, quello che fecero fu aggiungersi. C'era già una struttura comunitaria che stava funzionando, non aveva senso sdoppiarsi. Quindi dal programma *Salut als barri* arrivarono risorse economiche per avviare progetti, in particolare si avviò il progetto *Baixem al carrer*³⁰⁸, che continua ancora oggi. L'ASPB mise a disposizione dei fondi per poter contrattare una persona che tecnicamente lo coordinasse e per comprare una sedia a rotelle per fare le scale. Fu uno dei primi progetti che si attivarono e che agiva sui determinanti sociali di salute degli anziani. [...] Perché il problema non è tanto la mobilità, quanto la solitudine in sé [...] e l'ASPB destinò molti soldi a questo progetto e anche a valutare l'impatto di questo progetto, di come la percezione degli anziani sulla propria salute migliorava incredibilmente.” (E. coordinatrice).

Nel corso dei quasi dieci anni trascorsi dall'avvio di questi progetti sono state apportate alcune modifiche alle modalità d'azione e agli obiettivi per includere progressivamente le esigenze che emergevano a seguito delle trasformazioni del tessuto sociale del quartiere. Nel sito internet del Piano di Poble Sec³⁰⁹ viene riportata una descrizione delle intenzioni da cui questo progetto nasce e dalle finalità che si è posto:

“La finalità di questo progetto è unire gli sforzi di tutti per trasformare la realtà della comunità migliorandola al fine di favorire la convivenza di quartiere nella diversità e così evitare l'esclusione sociale. Per raggiungere questo scopo basato sulla partecipazione dei cittadini, si evidenziano diverse dinamiche sociali, aperte e creative che verranno costruite nel tempo e che incideranno nel processo di miglioramento del quartiere. Il Piano Comunitario Poble Sec è uno strumento con cui si mira a raggiungere un livello più elevato di benessere quotidiano nel quartiere. Vista la diversità di Poble Sec proponiamo una migliore conoscenza delle diverse realtà sociali e culturali che convivono nel quartiere, stabilendo contatti e ponti di avvicinamento per favorire il dialogo e la comunicazione tra tutti, lavorando per l'uguaglianza di opportunità. L'obiettivo è contribuire a coprire le mancanze esistenti, come integrare l'educazione (soprattutto nei valori) dell'infanzia e della gioventù, favorire l'integrazione socio-professionale della popolazione d'origine straniera, potenziare il rispetto e la convivenza tra gli abitanti del quartiere, svolgere dinamiche di lavoro intergenerazionale, stimolare la partecipazione volontaria, lavorare

³⁰⁸ Bajamos a la calle (ES), Scendiamo in strada. È un progetto per aiutare le persone anziane a recuperare i rapporti sociali in quartiere. Verrà descritto più specificatamente nelle prossime pagine.

³⁰⁹ Il testo integrale originale si può trovare in http://www.poblesec.entitatsbcn.net/diba_servei/pla-comunitari-del-poble-sec/

per la salute pubblica, svolgere azioni concrete con gli anziani in situazioni particolarmente difficili” (sito Piano Comunitario Poble Sec 2018).

Un’ulteriore interessante dettaglio è che, a chiusura della pagina di descrizione del Piano, sono stati riportati alcuni commenti degli abitanti e leggendo quelli riferiti alla percezione che c’è rispetto alle attività della Commissione Salute emerge un’accoglienza molto positiva delle iniziative che propone:

- “Partecipando ad una co-progettazione della salute possiamo invertire la sovramedicalizzazione e la cronicizzazione dei processi vitali naturali che sono parte della nostra vita (come ad esempio la vecchiaia, la menopausa o la gravidanza). Possiamo aggiungere buon senso all’intervento in salute;
- crediamo che la dipendenza dai servizi sociosanitari sia legata alla perdita di cura familiare, non abbiamo trasmesso questa cura ai nostri figli” e siamo sostanzialmente impazienti “vogliamo stare subito bene;
- Davanti alla bassa tolleranza, alla frustrazione e all’apparente disinteresse della gente di apprendere della propria salute, bisogna rieducare, educare ed educarci a questo aspetto” (sito Piano Comunitario Poble Sec 2018)

Come richiamato fin dall’inizio, una delle particolarità di questo studio di caso è che si tratta di un progetto promosso a livello istituzionale e soprattutto finanziato attraverso la partecipazione a bandi pubblici. È dunque interessante approfondire il tema del suo finanziamento. Come si vedrà per quanto emerge dalle interviste, l’impatto della crisi economica c’è stato anche sulle risorse messe a disposizione di queste attività, soprattutto a livello regionale, della Comunità Autonoma. Ma data la forte volontà politica che supporta questo tipo di intervento, anche un momento di difficoltà come quello in questione non ha modificato la decisione di allocare risorse economiche e di proseguire l’investimento in questa direzione. Questo ha fatto sì che i progetti abbiano potuto continuare le loro attività anche se, come si vedrà, hanno dovuto affrontare e tutt’ora fanno fronte ad alcune difficoltà.

“Nei piani comunitari i soldi vengono dall’amministrazione, però chi gestisce sono associazioni di base [che sono quelle che chiedono il finanziamento attraverso la presentazione di un progetto ad un bando annuale], in questo caso la Coordinadora de Entidades, qui nel quartiere Poble Sec, in altri quartieri possono essere associazioni di abitanti o piattaforme di vicinato, o da un’altra parte una piccola associazione. Ogni quartiere ha le proprie specificità. [...] Il Piano ha un finanziamento assegnato dal Comune di Barcellona. Inizialmente arrivava il 50% dalla Regione e l’altro 50% dal Comune [...] per tutti i piani comunitari della città di Barcellona il finanziamento è uguale, 50 e 50. Da circa tre anni le cose sono cambiate e anche la parte della Regione la paga

il Comune, hanno una convenzione, forse li anticipa, non so, e quindi la Regione comunque è coinvolta, ma i soldi arrivano dal Comune. [...] dal punto di vista economico la gestione funziona molto male, cambiano spesso le cose e secondo me l'incertezza di quello che succederà pregiudica moltissimo il piano, le persone che stiamo pagando per la dinamizzazione del piano non sanno cosa succede il prossimo anno. Sta cambiando, però quest'anno funziona che c'è una sovvenzione a cui devi presentare... non è come una sovvenzione, c'è già un accordo su quello che ti daranno [...] Siamo a maggio, ancora non è uscito [il bando] per il 2017, dovrebbe uscire a fine maggio e presentando [il progetto] a giugno, entro la fine dell'anno ti dicono se sì o se no, quanto ti danno. Stiamo parlando del fatto che fino a ottobre o novembre non ti dicono quanto ti danno per il 2017, ma io sto lavorando da tutto l'anno. Confidiamo che poi sì... però... [...] più o meno sai quale sarà la disponibilità che avrai per l'anno, e ti dicono a inizio anno se sì o se no, però fino a fine anno non ce l'hai. Inoltre, cerchiamo sovvenzioni alternative per i progetti già attivi per poter completare [le attività].” (E. coordinatrice).

La base di finanziamento del progetto è dunque pubblica nonostante ci siano state delle modifiche nel corso del tempo tra la quota di contribuzione dei diversi enti, ma ciò che viene segnalato è che il meccanismo di finanziamento sta avendo alcuni problemi che, di riflesso, ricadono anche sulle attività del piano. Non sembra vengano intaccate le progettualità rivolte alla popolazione, ma l'incertezza dei finanziamenti, che possono raggiungere anche ritardi di mesi, incide sulle persone che lavorano alla gestione del Piano e si trovano ad iniziare l'anno senza la sicurezza di ricevere il pagamento per ciò che stanno facendo. Evidentemente, al di là della fiducia presente al momento e fondata soprattutto sulla forte volontà politica di portare avanti i progetti, l'incertezza è un fattore che pesa negativamente sulle attività. Nonostante alcune iniziative vengono supportate anche con la ricerca di cofinanziamenti, stando alle parole dell'intervistata, c'è molta incertezza economica sul prosieguo e questo rischia di inficiare anche la possibilità di immaginare attività a lungo termine.

Dopo aver definito il percorso di avvio del Piano e i presupposti economici su cui è basato, si vuole porre ora l'accento sui soggetti coinvolti e sull'organizzazione che è stata data alle attività. Come emerso precedentemente, al momento di avvio del percorso erano già presenti in quartiere la Commissione di Salute e la Commissione che seguiva gli interessi della popolazione più anziana. Con la riformulazione del Piano ed il suo inserimento nel progetto più ampio di *Salut als barri*, sono state strutturate altre commissioni tematiche: la commissione Convivenza e conoscenza reciproca, quella Infanzia e gioventù, dedicata alle questioni educative, e quella che si occupa di questioni lavorative, chiamata “Socio-lavorale”.

Ciascuna di queste è autonoma nella decisione relativa ai progetti da portare avanti ed ognuna è contraddistinta da una specifica composizione delle persone che partecipano. In particolare, quello

che viene sottolineato è che alcune sono caratterizzate da una presenza significativa di tecnici e operatori dei vari settori, mentre altre vedono la partecipazione prevalentemente di persone che abitano il quartiere, ma che non seguono le attività per ragioni di tipo professionale. La Commissione salute è considerata abbastanza tecnica perché partecipano diversi operatori sanitari del CAP Manso, del CAP Les Hortes e psicologhe dell'associazione *Psicologxs sin fronteras*³¹⁰.

Si evidenzia qui un aspetto che è stato fatto emergere da alcuni attivisti napoletani relativamente al tipo di coinvolgimento delle figure professionali all'interno di queste attività del Piano. Nello specifico, una delle osservazioni più frequenti al racconto di qual era la situazione barcellonese, è stata sulle modalità di partecipazione di alcune mediche alla Commissione Salute. Effettivamente, secondo quanto emerso dalle interviste, il CAP Les Hortes ha fatto un investimento in questo senso e ha stabilito che in occasione delle riunioni mensili della Commissione Salute o per iniziative particolari promosse dalla Commissione, una rappresentante del CAP possa parteciparvi facendo ricadere questo tempo nel proprio orario di lavoro. Questa formula viene utilizzata però solo nei confronti di una persona a rotazione e su base volontaria, mentre per tutti gli altri o per la partecipazione ad altre iniziative rimane valido la modalità di volontariato dei singoli. Sembrerebbe in ogni caso che presso questo CAP sia stato deciso di includere l'attività di salute comunitaria promossa attraverso il Piano, in attività professionale riconosciuta. Nonostante si tratti di una quantità minima di tempo rispetto all'orario di lavoro dei professionisti, questo mostra, così come sottolineato dai medici napoletani, un'impostazione profondamente diversa da parte di una struttura sanitaria convenzionata nell'approcciarsi all'ambito della salute comunitaria e non biomedica. Permette però anche di cogliere un coinvolgimento attivo dei Centri in questo tipo di progettualità.

Il CAP Les Hortes peraltro, è organizzato a sua volta in commissioni tematiche, una delle quali è la Commissione Salute comunitaria ed è una delle dipendenti attive in questo gruppo di lavoro per cui vengono inserite nell'orario di lavoro alcune ore da dedicare alle riunioni della Commissione Salute del Piano. Racconta la coordinatrice del Piano:

“io sono la coordinatrice di tutte le commissioni del Piano comunitario, quindi io mi dedico completamente a stimolare il funzionamento del Piano nel quartiere e a dinamizzare gli spazi di partecipazione che sono nel piano. Le persone che partecipano alle commissioni, che sono operatori di diversi settori, oltre al loro lavoro vengono a fare salute comunitaria. Normalmente non sono pagati per farlo. [...] qui a Barcellona è molto di moda adesso la salute comunitaria e

³¹⁰ Nei movimenti spagnoli, femministi e transfemministi, così come in quelli generalisti, è stato introdotto l'uso della “X” per sottolineare la non neutralità del maschile nei linguaggi un po' con lo stesso significato dato in Italia all'uso dell'asterisco. Il nome dell'associazione per esteso, in questo caso, è *Psicologas y Psicólogos sin fronteras*, Psicologhe e psicologi senza frontiere. <http://www.psicologossinfronteras.org/>

da parte dell'ASPB è stata fatta molta filosofia verso i CAP per promuovere la salute comunitaria e quindi ora dentro i centri c'è molta voglia di fare salute comunitaria, e dai livelli superiori si richiede ai medici o alle infermiere che si occupino di questo, però non hanno tempo libero per farlo. Allora, quello che ci dicono sempre è che a loro farebbe piacere dedicare più tempo a questo. [...] molte lo fanno fuori dal loro orario o a costo di saltare le loro cose. Ma ad esempio qui nel CAP de Las Hortes hanno un'equipe di comunitari abbastanza grande [...] ma di tutte le persone che la compongono, solo una tra le infermiere ha ore libere per poter fare comunitaria. Per tutti gli altri è quasi volontariato. Solo ce n'è una che ha ore libere per venire alle riunioni e da dedicare al Piano. [...] Bisogna dire che i CAP sono abbastanza coinvolti e che quasi tutti gli operatori sono attivi. Per esempio, dentro Equilibradament³¹¹ offrono molti laboratori, fuori dal loro orari lavorativo" (E. coordinatrice).

Anche la coordinatrice conferma quindi una promozione strutturata di queste attività da parte dall'intero Centro. Non è però emerso altrettanto ed in modo così esplicito dalle interviste fatte agli operatori del CAP Manso. Si potrebbe quindi presumere che una delle motivazioni sia proprio da rintracciare nella diversa natura dei Centri al di là della grande attenzione posta su queste attività dall'Agenzia di Salute Pubblica. In particolare, il Centro Les Hortes, autogestito da professionisti sanitari sembra mostrare un'attenzione specifica per il tema della salute comunitaria, che potrebbe essere confermato da una differente gestione dell'organizzazione del lavoro e dalla diversa distribuzione del carico di visite ai pazienti previsto.

È ora il momento di un breve sguardo sulla forma organizzativa di cui si è dotato il Piano. Fin dal suo avvio esso si è dotato di una struttura tripartita che prevede una Equipe comunitaria, alcune Commissioni di lavoro, come descritte in precedenza, e un'Equipe tecnica. Al vertice di questa organizzazione c'è l'Equipe comunitaria composta dall'insieme delle altre articolazioni e quindi riunisce sia le commissioni che l'equipe tecnica a cui si aggiunge il rappresentante della Coordinadora d'Entidades. Le riunioni con questa composizione vengono convocate normalmente tre volte l'anno con lo scopo di mantenere ciascun partecipante aggiornato sulle diverse attività e sugli aspetti tecnici. L'Equipe tecnica si riunisce invece una volta al mese ed è concepita per essere una connessione tra i gruppi di lavoro, le Commissioni, e la commissione istituzionale del Piano. Il suo compito principale è seguire costantemente lo sviluppo di programmi e progetti facendo da tramite per le comunicazioni nelle due direzioni. Ne fanno parte la Tecnica comunitaria del Piano³¹², la responsabile

³¹¹ È uno dei principali progetti che verrà esaminato in seguito.

³¹² È affidato alla Tecnica comunitaria il compito di canalizzare il processo e implementarlo oltre che coordinare le attività. È anche l'interlocutore più prossimo agli attori sociali presenti sul territorio.

dell'associazione che lo gestisce (nel caso di Poble Sec la responsabile attualmente è la cooperativa Art&coop) e i tecnici referenti per il Distretto di Sants- Montjuïc, del Comune e della Regione³¹³.

Nel delineare la forma organizzativa del Piano, i fondatori hanno voluto individuare degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici che riuniscono il senso delle attività di tutte le commissioni e fanno da guida alle proposte e alla realizzazione dei vari progetti. Gli obiettivi generali individuati sono quattro:

- “1. Potenziare lo sviluppo comunitario per scatenare un processo di trasformazione, miglioramento e identità nel quartiere, approfittando delle sinergie positive del territorio, ottimizzare e razionalizzare le risorse esistenti, valutando il valore aggiunto degli interventi.
2. Migliorare la qualità della vita della cittadinanza promuovendo lo sviluppo integrale della persona, stimolando iniziative di economia sociale e favorendo lo sviluppo di azioni sostenibili socialmente e nel tempo.
3. Favorire la corresponsabilità e l'impegno di tutte le persone e di tutte le fasce sociali, il tessuto associativo ed economico, gli agenti sociali con l'accompagnamento delle amministrazioni.
4. Sviluppare le potenzialità individuali e collettive per incrementare il livello di autonomia e promozione” (Plan Poble Sec, 2018).

A questi aspetti si aggiungono alcuni obiettivi specifici che si riferiscono soprattutto ai compiti che sono poi stati affidati ai diversi gruppi di lavoro:

- “1. Promuovere progetti per favorire l'educazione ai valori; 2. Lavorare sull'educazione civica per realizzare le condizioni per un buon vicinato; 3. Promuovere la solidarietà intergenerazionale; 4. Favorire l'associazionismo come struttura sociale; 5. Promuovere la convivenza interculturale; 6. Rivitalizzare gli spazi pubblici; 7. Promuovere abitudini di salute pubblica e di prevenzione; 8. Vagliare in modo critico e riflettere sui problemi dell'attualità; 9. Rendere possibile il miglioramento del coordinamento tra le associazioni che lavorano sull'inserimento lavorativo aumentando le risorse disponibili; 10. Migliorare e potenziare l'inserimento lavorativo degli utenti accolti dalle associazioni che promuovono la rete CHIPS; 11. Promuovere e rafforzare la rete relazionale del quartiere, promuovendo la creazione di nuovi spazi che stimolino la conoscenza reciproca e la solidarietà; 12. Sostenere la crescita e lo sviluppo di bambini e giovani offrendo loro accompagnamento, spazi e strumenti” (Plan Poble Sec, 2018).

³¹³ Per un elenco delle associazioni che collaborano con il Piano, si rimanda al blog del Piano stesso “A Poble Sec abbiamo un piano” <http://pcpoble-sec.org>

Si riscontra dunque una marcata attenzione alla costruzione di reti relazionali e strumenti che possano supportare una maggiore partecipazione da parte degli e delle abitanti del quartiere nelle varie attività. Una notazione che si ritiene utile fare è come non venga esplicitata in queste liste alcuna attenzione specifica su tematiche che possano ricondurre alle disuguaglianze di genere. Questa constatazione nasce leggendo gli obiettivi del Piano, ma da quanto potuto osservare nel quartiere, va constatata una profonda e diffusa presenza di collettivi e gruppi femministi a Poble Sec. Ad esempio, in occasione dell'8 marzo 2017 venne fatta una campagna con manifesti attaccati in tutto il quartiere, invitando le donne che non avessero potuto, a causa della scarsa mobilità o perché vincolate da compiti di cura o per altre ragioni, partecipare alle manifestazioni e ai cortei della giornata ad uscire semplicemente di casa portandosi una sedia e occupando lo spazio pubblico tutte insieme. Si può forse presumere che sia una scelta da parte dei gruppi di donne attivi a Poble Sec quella di non partecipare in modo ufficiale e strutturato al Piano anche perché alcune delle partecipanti alla Commissione salute fanno parte di gruppi e collettivi femministi attivi in quartiere.

A proposito di questa osservazione va però detto che sembrerebbero emergere alcuni segnali che fanno presumere l'apertura verso una maggiore sensibilità al tema. In particolare, tenendo conto della grande importanza che viene data al processo di valutazione continua e di implementazione del proprio raggio d'azione, la Commissione salute sembra aver assunto tra le proprie priorità una maggiore attenzione alle relazioni di genere e al contrasto alla violenza di genere che ha iniziato a prendere forma anche attraverso la realizzazione di un progetto con una scuola del quartiere:

“noi [con la Commissione salute] tutti gli anni facciamo un incontro per valutare come stanno andando le cose, come vediamo la situazione in quartiere e cosa ci diamo come priorità. Di fatto i progetti che stiamo facendo, derivano dalle priorità che ci siamo date. [...] da qualche anno ci siamo concentrate sulla salute mentale e dunque è stato creato Equilibradament. Poi abbiamo dato priorità al tema di genere e abbiamo appena concluso un progetto con la scuola Tres Pines di co-educazione [alle relazioni di genere e di contrasto alla violenza] con una sfilata, un corteo nelle strade con cui siamo andati in giro per dare visibilità a questi aspetti” (M. infermiera).

Sembrerebbe quindi che, nonostante le difficoltà legate ad aspetti economici, l'andamento del Piano trovi un buon sostegno da parte di uno dei CAP della zona, ma che soprattutto si sia dotato di uno strumento prezioso per adattarsi nel corso del tempo alle trasformazioni della composizione del quartiere e per includere nuovi ambiti di intervento dei propri progetti. I processi di autovalutazione, la struttura fortemente assembleare e l'intervento volto al supporto della partecipazione sociale sono quindi gli elementi portanti di questa proposta.

5.3 – Relazioni con le istituzioni e con le associazioni formali e informali del quartiere

Riprendendo quanto visto relativamente agli obiettivi che si pone, il Piano comunitario di Poble Sec si presenta dunque come uno strumento di costruzione di relazioni tra gli abitanti del quartiere alla cui base c'è l'intento di instaurare rapporti rispettosi che tengano conto delle differenze per promuovere la riduzione delle disuguaglianze. Questo ambizioso progetto si muove su molti livelli diversi che coinvolgono abitanti del quartiere, associazioni presenti sul territorio, istituzioni distrettuali e cittadine, istituzioni sanitarie. Per provare a dipanare questa matassa di intrecci, si proverà a suddividere i livelli concentrando l'attenzione su tre aspetti in particolare e cioè, in primis il coinvolgimento dei cittadini e delle cittadine nelle attività della Commissione salute o del Piano più in generale. A questo farà seguito un focus sull'articolazione delle relazioni tra il Piano e altre iniziative presenti in quartiere per concludere poi con alcune riflessioni relative al piano più strettamente politico che lega questa esperienza all'attuale amministrazione.

Il primo livello a cui si è fatto riferimento richiama da vicino quello che sarà poi tema del quinto paragrafo. Vi è infatti nella proposta di salute comunitaria un'idea particolare di coinvolgimento della cittadinanza, ma soprattutto di partecipazione alla vita sociale del quartiere. Si intende quindi partire da una breve descrizione che la Commissione fa di sé e delle proprie attività:

“Ci incontriamo [...] con la volontà di lavorare insieme per migliorare la salute dei nostri vicini, intesi in tre dimensioni: biologica, psicologica e sociale. Per questo motivo promuoviamo buone abitudini alimentari, esercizio fisico e relazioni personali, riunendo i bisogni e le opportunità di lavoro che osserviamo e presentando idee e proposte che stiamo sviluppando insieme. In questo senso, dobbiamo rieducare, educare ed educare noi stessi per dare un nuovo significato al concetto di salute, lavorando con le persone, con le famiglie e con la comunità per fornirci strumenti che ci aiutino ad avere una migliore assistenza sanitaria di tutti e tutti, al fine di ridurre l'eccessiva dipendenza dai servizi medici e dai farmaci e migliorare l'autonomia delle persone. Cerchiamo risposte collettive ai problemi che ci riguardano, perché gli abitanti di Poble Sec siano sempre più protagonisti e non solo spettatori di ciò che accade nel quartiere” (C. Salute Poble Sec, 2018).

Lo scopo esplicitato del Piano è quello di sollecitare il quartiere, far sì che le persone si attivino in progetti e iniziative in modo da incentivare gli scambi e ridurre le situazioni di solitudine o isolamento che possono essere vissute in particolari condizioni, quali fasi di difficoltà economica ad esempio, oppure da gruppi sociali specifici, come ad esempio persone anziane o migranti. E questo è un po' la sfida di questo progetto perché è stato formulato proprio per intervenire sulla partecipazione alla vita sociale delle persone che più frequentemente ne sono escluse. Vi è in questo senso una difficoltà

aggiuntiva per quanto riguarda le riunioni della commissione salute perché, accanto al metodo innovativo che richiede il coinvolgimento delle persone, si prova ad innovare anche il contenuto della definizione di salute, ma lo scarto con la definizione di senso comune sembra ancora piuttosto resistente:

“chiunque potrebbe partecipare in realtà, però partecipano molto di più alla Commissione Anziani che a quella di Salute. Io credo che salute, in sé, è qualcosa che allontana perché si intende salute come qualcosa che... di cui sanno i tecnici. Però non dovrebbe essere così, tutto il mondo sa di salute, come curarsi, come... però la verità è che i gruppi a cui vogliamo arrivare sono gruppi che hanno più difficoltà, hanno orari più lunghi, difficoltà economiche e sociali e la loro ultima priorità è partecipare a una riunione in cui si decide se i manifesti sono verdi... e molte altre cose. O se questo Piano è meglio farlo di un anno o di tre, o se i laboratori sono di rilassamento o di... io capisco che possa essere difficile per un abitante standard partecipare a questa commissione. Partecipano i cittadini che sono motivati, che hanno già esperienze rivendicative, che si fanno coinvolgere...” (P. medica).

Viene dunque posto il problema, già visto in diversi frangenti sia in riferimento al dibattito teorico che nel contesto napoletano, del ruolo giocato dalla percezione di sé come utente, paziente passivo che delega la propria salute all'ambito sanitario. Se per un verso questa convinzione può essere smentita anche attraverso i dati della rilevanza degli aspetti sanitari in rapporto alla salute, per altro verso la reiterazione di questo approccio da parte degli utenti rischia di limitare un po' le potenzialità di questo progetto soprattutto per quanto riguarda la possibilità di decostruire il rapporto gerarchico tra saperi valorizzando il sapere esperienziale degli stessi abitanti del quartiere.

È altrettanto vero che traspare molta consapevolezza relativamente a questo tipo di problema da parte delle professioniste della salute che stanno contribuendo al progetto:

“quando ho iniziato nella commissione salute, erano rappresentati gli abitanti, [...] veniva l'associazione degli abitanti, veniva qualcuno a titolo individuale, veniva la responsabile dell'associazione dei commercianti e restituiva un po' la realtà... sono persone abbastanza partecipi. Però la realtà è che la partecipazione è data attraverso il diagnostico che è l'elemento principale. Poi al momento di eseguire i programmi, la partecipazione degli abitanti nella commissione è molto impegnativa perché siamo molti tecnici, cominciamo... questo è indicato, questo non è indicato, questo sembra più salutare... e la verità è che questo allontana le persone. Se non sei un professionista dell'ambito [...] ti sembra di non avere la formazione per decidere se questo presenta o meno evidenze scientifiche. E questo può allontanare le persone. È anche vero che la partecipazione cittadina esiste, ma la gente ha anche da fare la sua vita e le sue cose,

ha una vita impegnata con il suo lavoro, o con problemi di salute, i figli... non possono partecipare a tutto [...]” (P. medica).

È interessante come la constatazione fatta da questa dottoressa faccia seguito, solo qualche minuto dopo nel corso dell’intervista, ad una domanda relativa al linguaggio che viene utilizzato in sede di visita. Come descritto più specificamente nel capitolo metodologico, si è voluta dedicare una domanda al tema del linguaggio proprio per la sua funzione potenzialmente rivelatoria di rapporti gerarchici o consapevolezza dei ruoli. Su questo punto la stessa dottoressa ha risposto che è un tema cui presta molta attenzione durante la visita al paziente e che lei sceglie di modulare il linguaggio, più o meno tecnico, in base alla persona che ha davanti, anche perché riferisce che qualche volta l’uso di linguaggi semplificati lascia nel paziente l’impressione di scarsa professionalità. Già questa considerazione è molto interessante, ma si rivela ancora più ricca di spunti se messa in relazione con quanto emerso nella citazione precedente. Sembra quasi paradossalmente che anche gli operatori sanitari che prestano attenzione ai linguaggi e alle modalità relazionali in sede di visita, ricadano nel gergo tecnico e in pratiche escludenti quando si trovano a discutere in contesti differenti. Evidentemente questo aspetto ha bisogno di tempo per essere affrontato, ma è rilevante, al fine di questa ricerca, l’attenzione che viene posta dagli organizzatori delle attività anche su questo punto. Una riflessione ulteriore relativamente al tema del rapporto tra Piano e cittadinanza può essere fatta richiamando qui una pratica che è stata raccontata da una delle infermiere più attive nella Commissione salute, quella della “prescrizione sociale”. In questo caso il riferimento è in particolare al progetto Equilibradament -che verrà descritto nelle prossime pagine-, ma le parole di questa operatrice permettono ulteriori considerazioni sul rapporto tra Commissione salute, Piano e abitanti di Poble Sec:

“Abbiamo cominciato ad utilizzare quella che chiamiamo “prescrizione sociale”, raccomandazione sociale. Facciamo in modo che tutta l’equipe sappia quali risorse ci sono in quartiere, quali attivi di salute e allora, se io incontro un anziano con molta depressione perché è molto solo, che viene spesso dal medico senza una ragione medica... cosa c’è dietro? Scopri che è afflitto da diverse cose, dalla solitudine e allora puoi indirizzarlo, puoi dirgli che ci sono molte iniziative in quartiere per gli anziani, c’è il Casale della Gent Grand, hai i programmi di accompagnamento, Baixem al carrer... è che noi come equipe sappiamo che ci sono queste risorse e quindi possiamo proporgliele per avvicinarlo alla comunità. È un po’ anche questa la nostra funzione qui. [...] abbiamo un programma di comunicazione interna con l’idea di avere sempre a disposizione, in modo più focalizzato, oltre ai dépliant e ai manifesti, i materiali dei corsi e delle iniziative. Così uno durante la visita può dire, guarda c’è una lettura in biblioteca, o non so che.

Puoi stamparlo e darlo più facilmente così semplifica anche ricordare cosa c'è questa settimana, hai le cose colorate, adesso stiamo scannerizzando un sacco di cose... adesso abbiamo in corso l'Equilibradament, tutte queste informazioni insieme. Qui abbiamo un calendario interno, con le cose della nostra formazione, le riunioni degli altri... abbiamo segnate qui tutte le cose che facciamo” (M. infermiera).

Quella che si presenta è dunque un'iniziativa innovativa, in cui la dimensione della salute comunitaria trova una via per entrare anche nel momento della visita medica e sembra proporre un'alternativa pratica e praticabile alla classica risposta immediata che di solito, spesso per assenza di altre opzioni, è farmacologica. Provando a mettere in relazione l'esercizio di questa pratica con le riflessioni precedenti sulla difficoltà di partecipare, è interessante un episodio avvenuto in un momento di osservazione nel maggio 2017 durante uno dei laboratori di Equilibradament intitolato “Tecniche di rilassamento, controllo dello stress e strumenti per raggiungere gli obiettivi”. Questo appuntamento si svolgeva la sera alle otto presso il Centro Culturale Albareda e la prima di tre giornate si è aperta con un primo giro di presentazione tra le nove persone intervenute. La composizione era variegata, ma erano presenti quasi solo donne, tra i 30 e i 75 anni. La prima richiesta della conduttrice del gruppo³¹⁴ è stata di presentarsi con il nome, la motivazione che aveva portato ad essere lì e le aspettative. Anche da questo semplice primo giro è emerso in modo netto la ricaduta pratica di quella che l'idea di *prescrizione sociale* e di intervento non farmacologico, ma collettivo. In particolare, una delle signore presenti si era presentata con respiro affannoso e raccontando della propria difficoltà di donna che viveva sola, con i figli lontani e grossi problemi di insonnia. La conduttrice del gruppo ha valutato di cominciare l'attività con esercizi respiratori di base chiedendo in particolare alla signora di dedicare la sua ora di corso a questa attività mentre con gli altri presenti proseguiva nella descrizione di altre tecniche di rilassamento. Nello stesso giro di presentazione sono emerse le difficoltà di un uomo intorno ai 50 anni che si stava facendo carico di una situazione di malattia della madre anziana e quelle di una donna, intorno ai 40 anni a cui era stato suggerito dal medico di fare un tentativo di partecipazione ad uno di questi gruppi, ma che presentava una situazione di grave difficoltà emotiva. In questo caso la conduttrice del gruppo ha fatto un breve colloquio con la donna prima di cominciare le attività e ha lasciato la massima libertà a lei di partecipare nella forma e con le modalità che voleva. La signora, che ha cominciato l'ora di attività in lacrime, ha avuto modo nel corso della serata, di ascoltare le storie degli altri, di concentrarsi sulle tecniche suggerite dalla

³¹⁴ In questo caso la conduttrice era una donna di 35 anni che lavorava da molto tempo nel marketing e che dopo un momento di difficoltà personale aveva cominciato un percorso di apprendimento di tecniche quali quelle EFT – Tecniche di Libertà Emozionale o PNL – programmazione neurolinguistica. Questo gruppo era il primo che conduceva dentro il contesto del Piano.

conduttrice ed al termine dell'attività ha manifestato il proprio apprezzamento ringraziando tutti i presenti per il momento di condivisione³¹⁵.

Evidentemente questo è un caso specifico e non può essere assunto come esempio standard, però permette di osservare come attività di questo tipo possano essere uno strumento a disposizione del medico curante per suggerire al paziente che sta attraversando momenti di difficoltà di non cercare come unica risposta quella farmacologica. Ad ogni modo è la coordinatrice del Piano che racconta come, in casi di difficoltà più specifici, anche loro preferiscano fare un rinvio a operatori specializzati piuttosto che mettere la persona nella condizione di trovarsi a disagio durante un laboratorio:

“in base alla situazione, a che persona [abbiamo davanti], la rinviamo a Psicologos sin fronteras. E loro sì, fanno colloqui individuali, ma anche incontri di gruppo che durano più a lungo nel tempo e approfondiscono alcuni aspetti. Se c'è una signora [...] che viene a iscriversi ai laboratori e inizia a raccontarti che sta attraversando un momento pesante, si mette a piangere, super depressa, le dico guarda, vai da Psicologos sin fronteras che è meglio così, poi quando starai meglio andrai ai laboratori” (E. coordinatrice).

Questo aspetto è molto importante proprio per la tutela della persona coinvolta e soprattutto quando sta attraversando un momento di difficoltà, ma per come viene presentata in questo stralcio di intervista, la decisione su quale consiglio dare, quale indicazione preferire, è molto affidata alla sensibilità della persona che accoglie chi va ad iscriversi al corso o al laboratorio. Nel caso della partecipazione ad altri progetti, invece, il meccanismo è un po' diverso perché “Quando si individua che hai un caso che potrebbe beneficiare del progetto, la stessa assistente sociale del CAP o l'infermiera, o la medica o chi sia, si mette in contatto con noi, ci parla del caso e si fa una visita congiunta alla persona. Andiamo noi come Piano e Commissione Salute e viene anche l'operatrice che ci ha segnalato il caso che di solito già si conoscono quindi si fa una visita, si valuta il caso, si propone di partecipare al progetto e se sono d'accordo... vengono inseriti. È completamente gratuito e funziona molto bene” (E. coordinatrice).

Proseguendo nella tripartizione individuata all'inizio, si intende ora richiamare il fatto che dentro il contesto di Poble Sec esistono molte forme di associazionismo e attivismo collettivo e nonostante molte collaborino regolarmente con il Piano, altre scelgono di mantenersi autonome. Vi è ad esempio il caso di un'iniziativa nata nell'alveo del Piano, ma che oggi si è resa indipendente. Ci si riferisce in

³¹⁵ Nel corso dei tre appuntamenti il numero di partecipanti è andato progressivamente riducendosi e all'ultimo incontro le presenti erano quattro più la conduttrice.

particolare all'esperienza di Trocasec, nato come una specie di mercatino, ma che ha assunto una rilevanza molto più sociale e relazionale:

“Trocasec si avvia come uno scambio di cose materiali, ma è un modo di costruire relazioni. Tu stai portando fuori cose da casa tua che non ti interessano e che non hai voglia di riportarti via, perciò piuttosto le regali. Se ho un libro che ho già letto e a te interessa, ma tu non hai niente da darmi in cambio che interessi me, te lo regalo e poi magari tu lo darai a qualcun altro. Ed è probabile che in un altro mercato mi trovi io in questa situazione. [...] E questo va a costruire un altro tipo di relazione, che non è una relazione commerciale, va al di là dell'oggetto ed è una relazione migliore. Quindi, a partire dal fatto che le persone si conoscano, sorgono nuove idee. Perché le persone cominciano a parlare, si comincia a comunicare... io sono parrucchiera, ah, allora perché non mi tagli i capelli? Ah, va bene, guarda io ho figlio di sei anni e uno di tre, perché non mi passi i vestiti... in questo modo si esce dal piano di scambio commerciale per cui ci scambiamo delle cose. Si va a costruire una rete comunitaria, una rete amicale, una rete di autoaiuto. Questo è l'obiettivo, è nato con questo obiettivo. Trocasec nasce dalla Commissione convivenza del Piano comunitario. Quello che accade è che poi si fa autonomo. Nel 2009 nasce, non so in che anno diventa autonomo, io ho iniziato nel 2011-2012, però nasce dal piano comunitario. E ci sono esperienze simili a Trocasec con altri nomi, in molti altri quartieri” (T. abitante Poble Sec).

Questo esempio è utile per restituire, almeno in parte, l'idea di un tessuto sociale molto ricco e molto attivo che in alcuni casi interagisce con il Piano su progetti specifici, ma che in molte altre occasioni si muove autonomamente. Vi è ad esempio un'attività di orti urbani condivisi che ha preso piede in alcuni campi lasciati incolti sulla montagna di Montjuïc e che è nata e prosegue in modo indipendente dalle attività del Piano. Altrettanto ha preso avvio nel corso dell'ultimo anno un progetto, *Els petits jardins del barri*, i *Giardinetti del quartiere*, un'idea nata da alcune vicine che hanno cominciato a coltivare con piccole piante da orto o piante aromatiche le aiuole degli alberi del verde pubblico innescando una diffusione di iniziative di questo tipo anche al di fuori di Poble Sec. Nelle intenzioni delle promotrici questa iniziativa, oltre al permettere piccole attività di giardinaggio anche a coloro che non hanno un giardino a propria disposizione, avrebbe dovuto avere anche il senso di riprendersi in modo innovativo lo spazio pubblico e di vivere gli spazi comuni in un modo diverso.

Provando a dare uno sguardo complessivo a questo panorama, ciò che emerge è la presenza nel quartiere di una struttura relazionale molto ampia ed articolata, più o meno organizzata, ma presente e a disposizione degli abitanti. Se si prova ad osservare il quadro dalla loro prospettiva, infatti, al di là delle specifiche proposte fatte da ciascuna associazione e dalle modalità con cui vengono messe in

pratica, sono davvero molti gli stimoli sociali e culturali che offre questo quartiere. Lo stesso Piano, con la propria suddivisione in Commissioni di lavoro e riunioni periodiche per la ricondivisione tra tutti i partecipanti, è uno strumento costruito in maniera tale da non separare mai completamente le attività o quanto meno garantisce la possibilità di metterle in relazione nel momento in cui emergesse questo bisogno. Riprendendo quanto detto in precedenza, se si considera la partecipazione alla vita del quartiere un modo di fare salute, si può dire che questa situazione sia un interessante contributo vista la ricchezza di relazioni sociali che porta con sé.

Da ultimo, ci si vuole soffermare sulla relazione che si è sviluppata tra le strutture istituzionali coinvolte. In particolare, si è provato, nel caso barcellonese così come si è fatto con il sindaco De Magistris a Napoli, a comprendere meglio se ed in che modo l'amministrazione di Ada Colau, eletta nella primavera del 2015, abbia agito un ruolo di qualche tipo rispetto a questi progetti e alle iniziative connesse a *Salut als barri* promosso dall'Agenzia di Salute Pubblica.

Bisogna innanzitutto ricordare che l'avvio di questi progetti di salute comunitaria è ampiamente precedente sia alla crisi economica, e ai suoi effetti, che all'insediamento dell'attuale governo cittadino. Dalle parole degli intervistati emerge chiaramente che i risultati ottenuti a Poble Sec non abbiano a che vedere con macro-cambiamenti nel contesto, ma piuttosto siano ascrivibili ad un grande impegno da parte delle persone coinvolte e soprattutto dalla coordinatrice:

“diciamo che il Piano comunitario per una parte è una cosa del Comune, [la coordinatrice] lavora per il Comune, però quello che fa è coordinarsi con associazioni che nascono dalla comunità. E la grazia che ha è questa, che hai dei feedback, che lei si relaziona molto con i gruppi che ci sono nel quartiere. Adesso hanno creato una radio [...] è [lei] con la squadra che lavora con lei, perché potrebbero attenersi a quello che richiede il Piano comunitario, nessuno dice che il Piano comunitario debba arrivare ad essere una radio, però loro lo hanno fatto perché sono molto brave”
(T. abitante Poble Sec).

Al di là della grande stima che emerge da queste parole, sembra che questa abitante del quartiere riconduca alle singole persone attive nel Piano un ruolo molto più decisivo di quanto non sia quello del Comune che appare quasi esclusivamente una presenza tecnica.

Ma su questo punto non tutte le intervistate sono d'accordo e parlando con una delle responsabili dell'Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona si delinea un'altra percezione della relazione con il Comune sia in termini materiali che relativamente al senso politico. In particolare, ciò che viene sottolineato, rinviando anche a studi e indagini svolti dall'Agenzia, è il ruolo decisivo che hanno le scelte di un'amministrazione (o di un governo) nella possibilità di realizzare un sistema di salute comunitaria e soprattutto nell'applicazione del principio della Salute in tutte le Politiche.

Secondo quanto riferisce l'intervistata, uno dei problemi maggiori che loro hanno incontrato negli anni confrontandosi con altri enti e amministrazioni è la difficoltà di far assumere loro quel “rovesciamento” del discorso relativo alla salute che la sgancia dall'ambito sanitario perché ancora oggi, nonostante gli studi fatti, rimane la convinzione a livello di discorso pubblico che

“quando parli di salute, in realtà stai parlando di malattia e per questo escono sempre i servizi sanitari, però i servizi sanitari contribuiscono solo per il 20% alla salute. La salute si fa in altri settori, che non siano sanitari e quindi l'importante è che, quando si prendono decisioni in altri settori, per esempio decisioni sul mercato del lavoro, perché le principali ragioni sono di natura economica, mettiamo sul tavolo un altro elemento da considerare, fino a che punto questa decisione può avere un impatto negativo nella salute della popolazione. Noi in salute pubblica abbiamo quello che si chiama H.I.A., Health Impact Assessment indice di impatto, che è la valutazione preventiva del possibile impatto” (L. ASPB)

La proposta di una parte dall'Agenzia di Salute Pubblica è quindi quella di introdurre un radicale cambiamento nel modo delle amministrazioni di approcciarsi al tema inserendo uno sguardo “di salute” in tutte le valutazioni politiche che fanno. Non può non risuonare in questo passaggio una somiglianza con la richiesta, avanzata da più parti di inserire uno sguardo di genere in tutte le politiche. E sembra che possa essere proprio questo il punto su cui c'è una sostanziale convergenza tra le posizioni promosse da questa parte dell'ASPB e l'amministrazione Colau. Si rimanda alle prossime pagine per una riflessione sulla relazione tra approccio di genere e salute comunitaria, ma soffermandosi ad osservare la disponibilità da parte della nuova amministrazione di accogliere questo tipo di proposta, ciò che appare è una consistente disponibilità ad accogliere la sperimentazione. Come contributo concreto, l'amministrazione ha scelto di dare priorità alla salute comunitaria anche da un punto di vista economico per cui il budget che nel 2016 era di 60.000 euro, passa ad essere nel 2017 di 500 mila euro ed anche il numero di tecnici dedicati a questa attività è passato da due a sette. Si può ritenere che la convergenza sul contrasto alle disuguaglianze sociali ed economiche sia il punto di contatto più significativo che accomuna l'approccio della salute comunitaria così come proposto dall'ASPB alle scelte politiche dell'amministrazione attuale. Anche con lo sguardo di una delle abitanti del quartiere sembra che l'impatto della nuova amministrazione sui progetti orientati alla partecipazione sia stato utile a permetterne il prosieguo in condizioni migliori delle precedenti. Come però viene sottolineato, non va dimenticato che il lavoro capillare e quotidiano nei territori viene fatto da persone che scelgono di mettersi in gioco e attivarsi in prima persona:

“il fatto che il Comune stia promuovendo attivi comunitari, a noi ripiana un po’ il cammino, però il lavoro lo stiamo facendo noi. [e c’era prima e ci sarà dopo], quello che ci piace è che ci osservano e mostrano interesse per quello che facciamo, ci hanno detto che stanno dalla nostra parte e ci hanno chiesto come possono collaborare. Al momento abbiamo un Comune che non ci denuncia perché stiamo facendo una cosa che non è normata. A me hanno chiesto tante volte se avessi chiesto il permesso... se fosse un Comune restrittivo avrebbe detto non ha il permesso, le metto una multa o vado a togliere tutti i giardini. Quindi al momento non abbiamo collaborazioni materiali del Comune, che ci piacerebbe averla perché ne avremmo bisogno, la terra che è lì è una porcheria, però per altra parte abbiamo un Comune che ci appoggia in questa iniziativa. Anche noi ci sentiamo libere.” (T. abitante Poble Sec)

In questo caso la risposta relativamente a come sono cambiate le cose con la nuova amministrazione non viene neppure posta in diretta correlazione con il Piano comunitario che come visto ha una matrice istituzionale, ma addirittura con una delle tante attività autogestite promosse dagli e dalle abitanti dei quartieri.

Sembra dunque che nel caso barcellonese lo slancio proveniente da attori istituzionali quali l’ASPB abbia trovato una forte spinta nella condivisione di principi con la nuova amministrazione. Rispetto alle domande che accompagnano questa ricerca è importante sottolineare una considerazione fatta da una delle intervistate: “Quello da cui dipende tutto è la politica, e dunque essa è il principale determinante della salute e delle disuguaglianze in salute” (L. ASPB).

5.4 – Partecipazione dei cittadini, iniziative e proposte innovative

Non è semplice descrivere compiutamente la grande quantità di iniziative promosse in questi anni entro il Piano comunitario. Alcuni progetti sono stati accennati in precedenza, ma si proverà qui a concentrare l'attenzione su quelle che sono state le principali attività proposte e sviluppate dalla Commissione Salute per provare a ricavare i tratti salienti di ciò che gli attori coinvolti ritengono essere fattori che contribuiscono al benessere.

Sono già stati descritti gli obiettivi del Piano e della Commissione, perciò ci si limiterà a mettere in luce qui come i vari progetti possano essere ricompresi entro due macro ambiti d'intervento, da un lato la proposta di partecipazione come alternativa alla medicalizzazione di una serie di problematiche sociali e dall'altro lo scambio di prestazioni e relazioni in opposizione allo scambio di denaro e alla commercializzazione.

Quando si è cominciato ad approcciare questo campo di studio, l'attenzione è stata concentrata soprattutto sui cicli laboratoriali *Equilibradament – strumenti per vivere meglio*. Nella fase di stesura del progetto di ricerca si voleva concentrare l'attenzione proprio sulle esperienze alternative di salute nate a seguito della crisi economica e dunque questa proposta sembra rispondere pienamente alle caratteristiche considerate. Essa nasce per affrontare da un punto di vista non medicalizzato e medicalizzante una serie di problematiche che, con gli effetti sociali della crisi, stavano crescendo di numero:

“[...] soprattutto da quando scoppiò il tema della crisi economica abbiamo visto che erano aumentate moltissimo le visite ai centri medici sul tema della salute mentale, ma relazionato a patologie come l'ansia, insonnia, disordini alimentari, però soprattutto attacchi di panico e cose così che rientrano nella salute mentale, ma non sono molto gravi e per cui non c'è bisogno di medicalizzarsi per far fronte a questo tipo di problema. Quindi, se sei più consapevole di come prenderti cura della tua salute emozionale ad altri livelli, si riducono le visite al centro medico e anche la medicalizzazione. E allora abbiamo pensato che la partecipazione sociale, i legami nella comunità, essere integrato e sentirti parte della comunità. Insomma, lavorare su questo sentimento di appartenenza comunitaria e stare attivo migliora anche il tuo benessere emotivo.” (E. coordinatrice).

È nato quindi nel 2013 questo progetto che si è poi rinnovato di anno in anno con attività nuove o riproposizioni di quei laboratori che avevano riscontrato buoni risultati di partecipazione o interesse. Si tratta sostanzialmente di un contenitore che raccoglie una serie di workshop ad iscrizione libera in cui vengono fatte varie attività, non per forza immediatamente riconducibili all'ambito della salute.

Vengono proposti prevalentemente corsi per volti alla socializzazione e al miglioramento del rapporto con il proprio corpo oppure per apprendere nozioni di base su tecniche di rilassamento o piccola manifattura. Nella presentazione alla prima edizione, gli organizzatori scrivevano:

“Proponiamo questa serie di workshop che ci aiutano ad ottenere più strumenti per rafforzarci o per affrontare la nostra quotidianità. L’obiettivo è fornire strumenti per imparare collettivamente a prendersi cura della nostra salute psichica ed emotiva e stabilire contatti per fare rete nel vicinato. La chiave è condividere, scambiare, relazionarsi, dare e ricevere laboratori gratuiti. Chiunque può partecipare prendendo l’impegno di offrire collaborazione in uno dei progetti promossi dal nostro Piano Comunitario.”

Dunque l’organizzazione di queste attività è spiccatamente orientata alla costruzione di una dimensione relazionale forte che si appoggi sulla gratuità e dunque sull’accessibilità per tutti. Per promuovere quanto più possibile lo spirito dell’iniziativa, prima dell’avvio di ciascun ciclo laboratoriale vengono convocati tutti coloro che condurranno i corsi per puntualizzare questi aspetti. Non viene dunque fatta una vera e propria formazione relativamente alla salute comunitaria, ma si intende ricordare loro la cornice più ampia, il progetto Equilibradament, in cui stanno andando a fare le attività che hanno proposto:

“Quello che facciamo, prima che inizino i laboratori, è una riunione in cui chiamiamo tutti quelli che si sono proposti per offrire un laboratorio e spieghiamo... tutti lo sanno, ma proviamo a fare un po’ di pedagogia... che questi laboratori non sono isolati, ma stanno dentro una cornice di un progetto che sta lavorando sulla salute comunitaria in una prospettiva determinata. E proviamo a trasmettere a tutti che per noi è importante quello che si può generare dentro il laboratorio a livello di relazioni.” (E. coordinatrice).

Un aspetto molto importante è quello dell’accesso a questi corsi che è tendenzialmente libero, a meno che non ci siano esigenze di un massimo o un minimo di persone, e aperto a tutti gli e le abitanti del quartiere, ma ovviamente con un margine di flessibilità se qualcuno non domiciliato a Poble Sec fa richiesta di partecipazione. Quello che si vuole però raccontare qui è lo strumento che è stato individuato da un lato per riconoscere valore alle attività che vengono fatte senza farlo dipendere da un riconoscimento economico e dall’altro alimentare il coinvolgimento della popolazione nelle attività di quartiere. La gratuità riguarda il pagamento in denaro, ma viene lo stesso richiesto ai partecipanti una sorta di “pagamento” mettendo a disposizione qualche propria competenza o conoscenza:

“Tieni presente che i workshop e i corsi non sono gratuiti. Chiunque può partecipare ma deve accettare l'impegno di offrire qualcosa in cambio, un servizio, una conoscenza” (da primo volantino di Equilibradament).

È la coordinatrice del Piano comunitario che racconta il percorso di Equilibradament sottolineando i vantaggi di questa specie di permuta:

“Noi abbiamo impostato un progetto che da un lato offre laboratori di salute gratuiti, soprattutto molto relazionati con il benessere emotivo, cerchiamo di trasmettere che la salute non sia una questione fisica, ma che una gran parte della nostra salute sia mentale, psicologica ed emozionale [...] quindi questi laboratori offrono diverse tecniche o strumenti per avere cura della nostra salute anche a questo livello. I workshop sono totalmente gratuiti e anche le persone che li offrono lo fanno volontariamente [...] per noi l'obiettivo è che le persone apprendano queste tecniche e poi le possano mettere in pratica durante la loro quotidianità, autonomamente. Però un altro obiettivo importante per noi è agevolare che le persone si interessino alle cose della comunità. Che il fatto di venire a un laboratorio sia la scintilla che faccia sì che comincino ad attivarsi nella comunità. E quindi quello che chiediamo alle persone che partecipano ai laboratori è che si impegnino a fare una restituzione al quartiere, uno scambio con il quartiere. E questo scambio può essere di vari tipi. L'idea è soprattutto che siano coscienti che tutti possono ricevere, ma anche dare e che un modo di curare la propria salute è anche essere attivo in quartiere. Quello che chiediamo come scambio, è offrire un altro laboratorio o fare un'altra attività nel quartiere, anche fare una cosa specifica o partecipare a qualcosa che già esiste. [...] se sono altri laboratori di salute per noi è l'ideale perché è un modo in cui si nutre il progetto, si vanno rigenerando i laboratori che offriamo. Però non tutti possono farlo, ovviamente. Magari non riesci a riportarlo dentro il progetto Equilibradament, però magari in un'altra attività, in relazione con altre commissioni del Piano. E quindi crediamo che sia molto positivo perché la persona che sta facendo il laboratorio ha un modo di sentirsi utile, ma anche di conoscere gente. I laboratori sono aperti, ma il profilo ideale sarebbero persone che hanno bisogno di lavorare sulla salute mentale e arriva molta gente inviata dal CAP soprattutto perché stanno attraversando una depressione o che sono da tanto tempo disoccupati e hanno problemi d'ansia perché hanno problemi economici o che hanno l'autostima molto bassa perché è da un sacco di tempo che cercano lavoro e non lo trovano [...] insomma, viene molta gente che sta attraversando momenti difficili e a cui partecipare ad un laboratorio aiuta molto [...] e abbiamo visto molte persone che quando vengono a registrarsi ti raccontano che sono in un momento difficile, hanno problemi e poi partecipano a due tre laboratori, poi si danno disponibili come volontari in qualche progetto e [...] abbiamo incontrato gente che è arrivata molto male e finisce per fare un workshop di cinque incontri e torna dicendo che gli sta

piacendo tantissimo, che si vede super capace di farlo. Quando vedi l'evoluzione di una persona che viene così, ti dici, ecco, questo è un successo del progetto.” (E. coordinatrice).

Questo stralcio di intervista rende bene l'idea sottostante la nascita del progetto, ma al tempo stesso restituisce la possibilità di cambiamento che si prova ad offrire a quelle persone che stanno attraversando momenti di difficoltà spesso, soprattutto, per ragioni di natura economica.

I laboratori proposti sono molto vari e sono cambiati nel corso degli anni. Ad esempio, nella prima edizione di Equilibradament, da febbraio ad aprile 2013 c'erano questi corsi:

Come vivere con ottimismo?; Stress e ansia. Strumenti per metterci rimedio; Rilassamento per la vita; Arteterapia: corpo e materia, movimento e forma; La bussola della comunicazione: orientamento per la gestione dei conflitti; Chi Kung; Meditazione, neuroplasticità e mindfulness; Laboratorio di autoconoscimento Gestalt; Autoconoscimento: camminare verso la libertà e l'equilibrio personale.

Tutti i corsi non superano mai i tre, massimo quattro incontri, proprio perché la loro funzione è soprattutto quella di risvegliare un interesse. Secondo quanto raccontano alcune delle intervistate, non è raro che piccoli gruppi di signore che si conoscono in occasione di un laboratorio vadano poi ad iscriversi insieme ad un'attività simile. Come è stato possibile osservare durante uno dei laboratori promossi nel ciclo primaverile del 2017, le ragioni che spingono le persone a partecipare, quando non vi è il diretto suggerimento da parte del medico o dell'infermiere, sono molto varie. Nel caso specifico sono stati promossi, tra gli altri, due incontri intitolati “Succhi e battuti verdi” cui hanno partecipato una decina di persone tra cui due donne venezuelane spinte dalla difficoltà a ritrovare in Spagna i cibi cui erano abituate nel loro Paese e un signore anziano a cui era stata suggerita, a causa di una patologia, una dieta con abbondanti quantitativi di verdura e che non era abituato a prepararsela. L'aspetto più interessante, al di là delle informazioni relative al tema del corso, è stata la discussione avviata a partire da una domanda sull'utilizzo a fini dimagranti di questi succhi e poi spostata sul tema della nutrizione e del rapporto tra questa e la condizione sociale di ciascuno. La coordinatrice dell'attività ha voluto soffermarsi infatti sul fatto che per quanto possano essere considerati salutari una serie di alimenti e sia importante essere consapevoli di ciò che si mangia, spesso le cause di sovrappeso o cattiva nutrizione sono da cercare altrove:

“se vivi una situazione di violenza domestica e mangi come sfogo della tensione e frustrazione quotidiane, puoi prepararti tutti i succhi di frutta che vuoi, ma non sarà questo il modo di affrontare davvero il problema” (S. conduttrice laboratorio).

Questa riflessione ha permesso ai partecipanti al laboratorio di riportare l'attenzione sul tema più generale della salute e delle relazioni interpersonali rovesciando completamente il piano del discorso e rimettendo al centro gli aspetti relazionali. Come si è visto anche da questi esempi, i bisogni presenti nel quartiere non possono essere affrontati unicamente attraverso proposte limitate nel tempo, ma spesso hanno necessità di essere affrontati con continuità per poter avere risposte efficaci. Per questo motivo è stato sviluppato, accanto ad Equilibradament un progetto parallelo che intendeva agire sulle stesse difficoltà, in particolari sociali e lavorative, ma con maggiore costanza:

“Pensavamo anche che però c’era bisogno anche di gruppi che mantenessero più continuità nel tempo, quindi parallelamente a questi laboratori ci sono altri gruppi che hanno questa visione e questa funzione. Ad esempio, si valutò nella Commissione salute che c’era bisogno di un gruppo di sostegno per persone disoccupate, un gruppo tra pari. [...] Da una parte queste persone si sentivano molto male perché avevano lavorato tutta la vita e all’improvviso non erano niente per nessuno e si autocolpevolizzavano [...] d’altra parte sapevamo che per ragioni strutturali difficilmente avrebbero potuto trovare di nuovo lavoro allora cominciammo ad avviare questo gruppo per lavorare sull’autostima, ma anche per far capire che era un problema strutturale a livello sociale e che, inoltre, avrebbero potuto cominciare a costruire relazioni tra di loro per avviare progetti di autogestione. E quindi si avviò questo gruppo, “Grup movements” e quindi alcune persone che erano venute per Equilibradament e che corrispondevano al profilo che avevamo individuato, le si mandava a questo gruppo che al momento è gestito dai servizi sociali. [E poi ci sono] anche i gruppi di Psicologos sin fronteras che sono rivolti soprattutto alle donne. I laboratori di Equilibradament hanno una forte questione di genere perché il 90 % di chi partecipa sono donne. Nel gruppo “movimentos” ci sono soprattutto uomini, ma nei laboratori di Equilibradament vengono quasi solo donne, tutto quello che è cura della parte emozionale, della salute mentale. Le donne sono molto più aperte, più consapevoli e disponibili a lavorarci sopra in gruppo” (E. coordinatrice).

Si ritrova in queste parole una problematica particolarmente rilevante per quanto riguarda il rapporto tra salute comunitaria e costruzione sociale dei ruoli di genere. Il dato riportato dalla coordinatrice di una presenza quasi completamente femminile ai laboratori rivolti alla cura della salute, tanto più se salute psicologica, sembrerebbe riflettere un classico stereotipo di genere per cui la cura non biomedicalizzata è appannaggio esclusivo delle donne, quasi ricalcando l’idea di separazione tra mente e corpo e dando a queste due polarità un’attribuzione di genere. Questo elemento è estremamente interessante e meriterebbe un approfondimento specifico proprio perché apre una riflessione sul senso stesso della salute comunitaria visto che le relazioni che sottintende sono necessariamente attraversate anche dal genere. Si riprenderanno alcune di queste considerazioni

successivamente, qui è rilevante cogliere come nella stessa applicazione concreta di una sperimentazione comunitaria emerga in maniera così netta una problematica legata al genere che, di fatto, se non affrontata, esclude la possibilità di generalizzare la pratica a tutta la popolazione.

Come anticipato in precedenza, la Commissione salute ha realizzato molti altri progetti nel corso degli ultimi anni e si proverà qui a riportarne i principali.

Un'iniziativa accennata nelle pagine precedenti è quella di *Baixem al carrer*, il primo progetto sviluppato dalla Commissione e tutt'ora in attività. Questa iniziativa è basata sul contributo di alcuni volontari ed è rivolta alle persone anziane con mobilità ridotta che vivono nei piani alti dei palazzi storici di Poble Sec che, per la maggior parte, non sono dotati di ascensore. Questo fatto ha contribuito a che molti anziani abbiano rinunciato a scendere in strada e trascorrono le proprie giornate in casa, spesso in solitudine. Il progetto, che si avvale di una sedia a rotelle concepita per poter fare le scale, prevede che tutti i venerdì mattina i volontari facciano il giro delle case degli anziani coinvolti e li accompagnino nelle piazze del quartiere per poi riaccompagnarli a casa dopo qualche ora. In questo modo è stata data la possibilità a tante e tanti che da molti anni non avevano più rapporti con il quartiere di recuperare relazioni interrotte a causa di malattie o riduzione della mobilità. Racconta una delle abitanti intervistate che diverse tra le persone coinvolte dal progetto hanno avuto modo di incontrarsi con vicini di casa o amici con cui avevano una relazione esclusivamente telefonica e questo ha contribuito molto a migliorare la qualità della loro vita. Si sottolinea inoltre come questo abbia una ricaduta positiva anche sui famigliari delle persone coinvolte che, sapendo di poter contare su questo progetto, hanno modo di organizzarsi meglio sapendo che i propri cari hanno questa possibilità in più.

Una delle attività promosse dal CAP Les Hortes prevede degli itinerari a piedi che attraversano il quartiere o risalgono la montagna alle sue spalle. Con questo progetto si promuovono delle passeggiate collettive, spesso accompagnate ad itinerari veri e propri alla scoperta di luoghi poco battuti del quartiere, che stimolano l'attività fisica anche per le persone altrimenti poco attive. Anche in questo caso la partecipazione è quasi esclusivamente femminile.

Sempre grazie al contributo degli operatori dei CAP è stato promosso nel corso del 2017 il programma *Parliamo di salute senza paura*³¹⁶, un ciclo di sette incontri dedicato soprattutto alle persone anziane, ma anche ai loro famigliari in cui è stato dedicato spazio ad affrontare quelle che secondo gli abitanti erano i timori più persistenti. I professionisti del Centro sono andati ad una delle riunioni della Commissione Anziani per raccogliere quali fossero le maggiori preoccupazioni per la salute e sulla base di questo sono stati organizzati gli incontri tematici. Ad esempio, è stato chiesto il supporto di un avvocato del Comune per conoscere gli strumenti legali per difendersi dalle truffe, è stata

³¹⁶ Parlem de salut sense por! In http://www.poblesec.entitatsbcn.net/diba_agenda/parlem-salut-por-cc-sortidor/

organizzata una serata per prevenire gli incidenti domestici, ma soprattutto sono state dedicate alcune serate a fornire delucidazioni e discutere nel merito dei dubbi esistenti su temi quali il cancro o l'Alzheimer e le demenze. Secondo quanto riportato dagli intervistati, questa iniziativa è stata particolarmente apprezzata dagli utenti ed è stata valutata la possibilità di riproporla.

Un progetto già presente in quartiere, ma che a partire dal 2017 è stato messo in forte relazione con Equilibradament è quello della Banca del tempo. Questo rispecchia l'esperienza di molte altre iniziative simili che si sono diffuse negli anni anche in Italia, ma in questo caso viene messa in relazione con la forma di "pagamento" dei laboratori del progetto e dunque acquisisce una funzione particolare. Il progetto prevede un database in cui ciascun partecipante possa indicare per quanto tempo e in quali orari della settimana è disponibile in modo tale che chi ha bisogno di piccoli aiuti possa sapere a chi rivolgersi. Questa iniziativa può anche svilupparsi come scambio di servizi per cui, ad esempio, se una persona sa tagliare i capelli, chi ne ha bisogno può fare richiesta e "pagare" dando disponibilità per un'attività che richiede una quantità equivalente di tempo.

Vi sono inoltre i progetti citati in precedenza come ad esempio il mercatino Trocasec, gli orti collettivi e i piccoli giardini nelle aiuole urbane, ma anche un progetto Lendi che attraverso un'applicazione per smartphone permettere di chiedere cose in prestito agli altri abitanti del quartiere. Queste forme di supporto mutuo sviluppano diverse reti, spesso intrecciate tra loro, di relazioni e di scambi che corrono accanto a quelle inserite nel Piano comunitario, ma che rendono ancora più evidente la presenza di un'attenzione particolare al rafforzamento delle relazioni in quartiere. Il momento in cui tutte queste iniziative convogliano con banchetti o attività specifiche è l'annuale festa di quartiere che è molto sentita da tutti gli abitanti. Proprio per il grande coinvolgimento che innesca dentro Poble Sec è stata utilizzata anche per iniziative mirate come ad esempio, nell'estate del 2017, per promuovere una campagna sulla percezione della violenza di genere ed il contrasto ad ogni forma di molestia durante quelle giornate.

Un ultimo progetto che è importante menzionare ai fini di questa ricerca è quello promosso dal Piano e dalla Commissione Salute in collaborazione con le scuole di zona ed in particolare con l'istituto Tres Pins che raccoglie bambini e alunni dai 3 ai 12 anni. In questo caso a partire dall'intenzione di promuovere un percorso di co-educazione sui ruoli sociali di genere si è sviluppato un percorso più ampio relativamente alle relazioni e alla violenza di genere a partire dal riconoscimento che erano presenti comportamenti a rischio rispetto alla violenza di genere nei ragazzi e nelle ragazze già a partire dai 12 anni:

"In quartiere si sta facendo un progetto di co-educazione [...] inizialmente l'idea era lavorare sui ruoli sessuali, però poi si è visto che in forme molto varie, in tutto il quartiere, con adulti, si è

visto che era molto meglio concretizzarlo in un progetto più specifico. E si vide che a cominciare dai 12, 13, 14 anni, cominciavano a manifestare questo tipo di ruoli e problematiche e che era lì da dove iniziare. Abbiamo avviato un progetto alla scuola Tres Pines, in varie classi, con varie iniziative, laboratori ludici anche facendo partecipare gli adolescenti per far capire quali sono i ruoli che hai, le relazioni che si tengono con le persone... l'importanza che diamo al sesso e al genere, che perdiamo di vista la relazione persona a persona. Abbiamo lavorato su molti aspetti, ma soprattutto sulle relazioni positive tra esseri umani. Hanno fatto un'iniziativa pubblica nel quartiere per mostrare tutto il lavoro che avevano fatto e c'è l'intenzione di continuare l'anno prossimo con alcune classi in più. È un progetto del Piano con le scuole, uscì dalla commissione di salute. [...] visto il lavoro che c'era nel quartiere, abbiamo ritenuto importante per l'équipe fare questa formazione sulla violenza di genere e le altre sessualità. Perché qui c'è l'unità trans³¹⁷ [...] che è un'unità per l'accoglienza delle persone transessuali e quindi abbiamo deciso di metterci in contatto con loro, vedere come lavoravano, quali erano i loro progetti. E abbiamo iniziato adesso sulla violenza di genere per capire che risorse ci sono, se ci si presenta un caso come affrontarlo..." (P. medica).

Emerge chiaramente come gli stimoli presenti nel quartiere sono molti e che un ruolo importante possa essere giocato le istituzioni perché, se sono pronte a cogliere i segnali e le richieste che emergono dal tessuto sociale, possono contribuire dar vita a progetti e iniziative più vicine alla sensibilità delle persone coinvolte, anche su temi che fino a quel momento non erano stati neppure considerati.

Al quadro dei progetti qui presentato vanno aggiunti una serie di iniziative nate e concluse nel corso di brevi periodi di tempo, ma anche attività come i corsi pre- e post parto fatti dentro il CAP settimanalmente da una levatrice oppure le iniziative sempre di carattere biomedico promosse dal Distretto sanitario che, sommandosi al resto delle proposte viste in precedenza, restituiscono l'immagine di un quartiere sicuramente attraversato da difficoltà di varia origine, ma altrettanto sicuramente molto vitale e ricco di iniziative.

³¹⁷ Il centro cittadino di riferimento per informazioni e assistenza sanitaria rivolti alle persone transessuali è stato istituito presso il CAP di Les Hortes.

5.5 – Quale idea di salute? Chi l’ha promossa?

L’idea di salute che prevale nel caso preso in considerazione in questo lavoro è quella comunitaria promossa dall’Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona. Si è visto però come a detta degli stessi attori coinvolti questo concetto non abbia una definizione univoca, ma anzi venga utilizzato impropriamente oppure sulla base della sensibilità di chi descrive iniziative anche molto diverse tra loro.

Per provare a disegnare i contorni di questo approccio e soprattutto cogliere come viene declinato nelle pratiche, si può partire dalla descrizione che ne fa una delle responsabili dell’Agenzia di Salute Pubblica mettendo a critica l’uso di questa terminologia:

“quella che chiamano salute comunitaria è semplicemente l’assistenza non farmacologica. Qualsiasi cosa facessero senza farmaci e con un gruppo di persone, allora era salute comunitaria, nella loro opinione. E non lo era. C’è ancora molta confusione su cos’è la salute comunitaria. Questa confusione è così enorme, non solo tra noi, ma in tutto il mondo. Nel 2014 una rivista pubblica un articolo che si intitola più o meno “cos’è la salute comunitaria”³¹⁸ e allora qui dicono che è un processo intersettoriale con partecipazione comunitaria che agisce sui determinanti sociali di salute e con metodologia di sviluppo comunitario con la comunità e non per la comunità. E questo è l’importante, non è un servizio alla comunità, ma è un lavoro intersettoriale e comunitario. Allora, in salute comunitaria, l’altra confusione si crea perché si crede che gli interventi di salute comunitaria siano solo interventi di promozione della salute e questo è un concetto assolutamente erraneo. La salute comunitaria può essere promozione della salute, ma se la comunità valuta che la propria necessità sia di sicurezza perché c’è violenza di notte e l’intervento è migliorare l’illuminazione, questo è salute comunitaria. Ogni intervento può essere di salute comunitaria o no. Per esempio, in molti quartieri abbiamo progetti per migliorare le competenze sulla genitorialità perché sono cresciuti i problemi di conflitti famigliari con la crisi economica. Un intervento sui determinanti più prossimi è migliorare la consapevolezza nella genitorialità. Se questo è prescritto da noi, dall’ASPB in un determinato quartiere, questa non è salute comunitaria, è promozione della salute. Se al contrario sorge da un processo di azione comunitaria che si identifica in quel quartiere ed esce quell’intervento, quella è salute comunitaria. [...] per noi la salute comunitaria è un’azione ordinata, organizzata. Non è un atto puntuale, non so, di una rivendicazione degli abitanti” (L. ASPB).

³¹⁸ L’articolo a cui viene fatto riferimento è Goodman R. A., Bunnell R., Posnera S. F., *What is “community health”?* *Examining the meaning of an evolving field in public health*, in “Preventive Medicine”, 2014.

Si delineano in queste parole due elementi fondamentali per comprendere a cosa ci si debba riferire con la locuzione salute comunitaria secondo quanto promosso dall'Agenzia e cioè da un lato un'attività che non sia di promozione della salute, ma che sia di coinvolgimento della popolazione, della comunità e dall'altro che essa si configuri come un intervento ordinato e organizzato nel corso di un periodo di tempo. Si potrebbe quindi affermare che ciò che viene chiamato salute comunitaria sono le attività di coinvolgimento degli abitanti di una zona in un processo di attivazione per migliorare le proprie condizioni di benessere. Ed è proprio nella connessione tra lavoro sui determinanti sociali di salute e partecipazione sociale che prende il via anche il lavoro della Commissione:

“quando abbiamo cominciato a lavorare dentro la commissione di salute sui determinanti sociali, l'elemento di base fu la partecipazione sociale. Noi consideriamo che partecipare nella tua comunità è un modo di generare salute. La gente sia attiva, che usi gli spazi di partecipazione del quartiere, che conosca gente, che abbia una rete sociale ampia, che abbia rapporti di vicinato. Per noi è un determinante di salute necessario. [...] (E. coordinatrice).

L'attenzione a non voler sovradeterminare le decisioni e le modalità scelte di volta in volta dalla comunità emerge anche dalle parole di una delle operatrici sanitarie attive nella Commissione Salute:

“[noi professionisti della sanità] Non facciamo tante proposte, intendiamo la salute comunitaria come se è un processo comunitario, che deve uscire dal lavoro di squadra con la comunità e noi ci siamo per diffondere, per accompagnare, per appoggiare. Qualche volta abbiamo proposto un progetto specifico sulla salute per gli anziani. Lo abbiamo fatto perché ci piaceva l'idea di farlo e si finì per includerlo nel progetto, però normalmente siamo qui per capire cosa bolle in pentola nel quartiere, cosa possiamo fare per partecipare. E poi a inizio anno non sai come andrà, perché la Commissione Salute ha vita propria, escono progetti e cose per cui noi siamo pronte ad accompagnarli [non si vuole sovradeterminare con proposte sanitarie quelli che sono i progetti che vengono proposti dalla commissione]. Ti posso fare un confronto con dove vivo, e lì queste strutture non ci sono quindi queste le valuto molto positivamente” (M. infermiera).

Si nota anche un'attenzione specifica a limitare l'intervento “esperto” lasciando ai professionisti della sanità il compito soprattutto di accompagnare le scelte o facilitare le iniziative che eventualmente possono essere proposte. Sembra quindi venga dato un valore importante soprattutto allo spazio decisionale collettivo tra pari in cui, ciascuno a partire dal proprio sguardo e con le proprie

competenze, mette a disposizione il proprio contributo parziale per poter avviare i progetti che di volta in volta vengono proposti e rielaborati in gruppo.

Uno sguardo simile sulla rilevanza della dimensione collettiva viene restituito anche da un'altra operatrice, ma con una chiave un po' diversa:

“nell'attenzione primaria difendiamo la salute comunitaria soprattutto come attività preventiva e di ottimizzazione delle risorse perché è meglio fare le cose in gruppo che in maniera individuale. [...] però la verità è che non ci sono perché non abbiamo tempo, nell'ambito del mio lavoro.” (T. abitante Poble Sec).

Queste ultime parole sono riferite alla situazione lavorativa di questa dottoressa che però non lavora a Poble Sec. Si può dunque presumere che lo scarto tra l'intento più profondo di coinvolgimento della comunità intentato a Poble Sec e la percezione sul senso di utilizzare la salute comunitaria riscontrato al di fuori dei contesti in cui è stato fatto un approfondimento specifico, sia causato proprio dal differente grado di attenzione posto dalle strutture sanitarie in questione. Una conferma in questo senso potrebbe arrivare dalla descrizione delle modalità di inserimento del tema della salute comunitaria nelle attività degli operatori sanitari dei CAP di Poble Sec:

“in particolare, gli operatori sanitari presenti nella commissione Salute hanno fatto formazione sulla salute comunitaria o altro. Non tutte, ma sono la maggioranza. Anche da parte dell'ASPB si sta insistendo molto su questo tema e da poco abbiamo fatto una formazione sulla salute comunitaria, sui determinanti di salute, sull'impatto che ha l'azione comunitaria sugli indicatori di salute e alcuni dei lavoratori che fanno parte della Commissione Salute hanno partecipato. Ultimamente stavamo pianificando come far arrivare questa riflessione sulla salute comunitaria, sui determinanti e come la salute comunitaria possa influire sui determinanti sociali, agli e alle abitanti del quartiere. Come abbassare questa barriera più tecnica, che gli operatori più o meno, hanno fatto formazioni su questo” (E. coordinatrice).

Sembrerebbe dunque che agli operatori sanitari sia affidato il compito di tradurre questo modello di approccio ai determinanti sociali agli e alle abitanti del quartiere. E altrettanto pare trovare conferma il senso della relazione privilegiata con i Centri così come riferito in precedenza dalla rappresentante dell'Agenzia e dunque valorizzandoli soprattutto in quanto istituzione di prossimità. Ma questo lavoro di traduzione agisce in modo bidirezionale e sembra influire anche sul modo di agire dei medici nel contesto classico del servizio sanitario. Un esempio di questo è il racconto che fa un'infermiera:

“[Facciamo] Una intervista psicosociale, perché magari sei venuta perché hai la pressione alta, però io ti faccio un questionario e vado esplorando la realtà della persona per cui hai tre figli, un marito che è disoccupato da due anni, sta accudendo sua suocera e... per tutte queste cose facciamo che il tuo focus sia differente e noi andiamo a cercare questo. E qui entra la comunitaria allora. Noi cerchiamo di conoscere la persona qui, ma con tutto il suo contesto e quello che cerchiamo di fare con la comunitaria molte volte è dire, bene sei in un quartiere in cui puoi incontrare risorse che ti possono aiutare nella tua quotidianità che alla fine ti aiutano con la tua salute. E tutte le tecniche di comunicazione che apprendiamo vanno in questa direzione, empatia, per accompagnare, per motivare al cambiamento, questo tipo di comunicazione. Per esempio, facciamo un esercizio per cui chiediamo al paziente di firmare una liberatoria, filmiamo la visita, e poi lo guardiamo in piccoli gruppi di operatori in cui analizziamo la comunicazione. [...] non guardi tanto il contenuto, ma come hai comunicato, anche la comunicazione non verbale. [...] Questa è una cosa che fa chi vuole, è totalmente su base volontaria. Non sono cose obbligatorie, questo gruppetto c'è e chi vuole sa che si vedrà il video e può partecipare. Con l'accordo che una volta ti filmi tu, chiaramente tutto si fa con molto rispetto, però quando ti esponi, ti esponi. La idea è io mi espongo, però la prossima volta ti esponi tu” (M. infermiera).

L'attività di gruppo per fare autocritica rispetto ai comportamenti che si mettono in pratica di fronte al paziente, la discussione collettiva sulle modalità di accoglienza e per affrontare la questione sembrano quindi aprire uno spiraglio relativamente alla decostruzione del modo di porsi da parte del medico anche durante la propria attività sanitaria. Traspare dalle parole dell'intervistata un certo pudore che c'è tra gli operatori quando devono esporre al giudizio di colleghi la propria modalità operativa. Interessante, alla luce della gerarchizzazione soprattutto ospedaliera presente in Italia, come queste prassi di autovalutazione vengano attuate insieme da medici, infermieri e altri operatori. D'altra parte, questo permette uno scambio di idee ed un confronto a partire dalle proprie competenze che supera la tradizionale divisione disciplinare dei saperi.

Un altro aspetto da considerare in questa applicazione della salute comunitaria è quella dell'utilizzo della prospettiva degli “attivi di salute”. Così come non è semplice la definizione di salute comunitaria, altrettanto quella di attivi di salute è oggetto di discussione. Per semplicità può essere ripresa qui la sintesi delle definizioni proposte da Cofiño e altri nel 2016³¹⁹:

³¹⁹ Cofiño R., et al., *Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?*, in “Gaceta Sanitaria”, 2016.

<i>Mappa di attivi</i>	1993, Kretzmann e McKnight
Un inventario dinamico dei punti di forza e capacità delle persone che formano una comunità, fatto prima di intervenire.	
<i>Attivo per la salute</i>	2007, Morgan e Ziglio
Qualunque fattore o risorsa che migliora la capacità delle persone, dei gruppi, delle comunità, delle popolazioni, dei sistemi sociali e delle istituzioni per mantenere e sostenere la salute e il benessere e che li aiuta a ridurre le disuguaglianze in salute.	
<i>Approccio al lavoro con attivi</i>	2013, Morgan e Hernan
Processo di coproduzione di salute tra le persone, le comunità e gli operatori in un contesto determinato	
<i>Attivi per la salute pubblica</i>	2015, Álvarez-Dardet, Morgan, Ruiz-Cantero, Hernan
Espressione del patrimonio delle comunità giuste, eque e democratiche come risultato dei propri sforzi organizzati; si raggiunge facilitando l'empowerment comunitario e le capacità che migliorano, promuovono e ripristinano la salute delle popolazioni e che possono aiutare a ridurre le disuguaglianze in salute.	

Tabella 8 - Definizioni di attivi per la salute. Da Cofiño R., et al., 2016

Alla luce di queste definizioni proposte, ciò che emerge dalle parole delle intervistate è sicuramente riconducibile all'intenzione di sviluppare e mantenere una mappatura degli attivi di salute presenti nel quartiere (Kretzmann e McKnight 1993). Ne viene inoltre proposta una periodica visibilizzazione per facilitare l'acquisizione di consapevolezza da parte degli abitanti relativamente a tutte le risorse a loro disposizione che sono funzionali a mantenere e sostenere la salute e il benessere, aiutando a ridurre le disuguaglianze in salute (Morgan e Ziglio 2007)

Ancora una volta è dalle parole della coordinatrice del Piano che si possono ricavare informazioni specifiche relative alle modalità con cui viene immaginato di procedere nel solco della salute comunitaria:

“E allora vogliamo fare due azioni, da un lato vorremmo fare una campagna nel quartiere di visibilizzazione degli attivi di salute con due obiettivi, da un lato visibilizzare tutti gli attivi di salute presenti in quartiere e dall'altro lato trasmettere l'idea che salute non è solamente il centro medico, che ci sono molti spazi e molti progetti in quartiere che generano salute. Non sono progetti che incidono espressamente su un aspetto della nostra salute, però sì che stanno incidendo! [...] può essere un'associazione in cui vai a fare corsi di danza, anche questo può essere un modo di migliorare la tua salute, o il parco, o la biblioteca. Abbiamo fatto un piccolo

progetto con la biblioteca che ha allestito uno spazio per la “lettura salutare” di libri di yoga, di meditazione. Abbiamo fatto una raccolta bibliografica per stimolare la lettura su temi di salute [...] e poi vorremmo fare una giornata in ottobre novembre sui determinanti sociali di salute perché vorremmo superare la frontiera e arrivare agli abitanti. Non siamo solo noi operatori a lavorare su questo tema, ma devono essere i cittadini e le cittadine ad essere consapevoli di questo.” (E. coordinatrice)

Gli esempi portati indicano che gli attori del quartiere coinvolti da questo progetto di salute comunitaria hanno fatto sì che si sviluppasse una riflessione ampia proprio su quali possano essere considerati, a Poble Sec, gli attori di salute presenti. Sembrerebbe inoltre che una parte rilevante del progetto sia proprio quella orientata al coinvolgimento di tutte queste realtà associative che possono contribuire, ognuna con la propria specificità a costruire un contesto ricco di stimoli alla partecipazione sociale. Appare evidente come, al di là della consistente produzione di proposte del Piano comunitario, il rilancio della partecipazione in quartiere sia supportato e incentivato da un grande numero di rapporti e intrecci che si configura come il vero nucleo portante di questa proposta di salute comunitaria. È questo proliferare di iniziative di vario tipo e origine che nel suo complesso contribuisce ad incentivare gli e le abitanti di Poble Sec a moltiplicare le proprie relazioni e a sentirsi parte attiva del quartiere.

L'altro aspetto molto presente in questo approccio alla salute comunitaria è l'attenzione al ricomporre in un unicum gli aspetti fisici, quelli psicologici, sociali ed emotivi per rispondere alla sfida posta in essere che è proprio quella di agire sulla salute in modo integrale coinvolgendo anche la sanità pubblica. Questo, come si è visto, implica una disponibilità alla decostruzione di determinate convinzioni e modalità di interazione sia da parte degli utenti che da parte dei professionisti sanitari e non. Per questa ragione è fondamentale il coinvolgimento degli operatori dei CAP territoriali stimolando anche in loro l'attenzione alla tematica, consapevoli che i risultati di progettualità di questo tipo saranno evidenti probabilmente solo a lungo termine. Ad ogni modo appare molto importante l'attraversamento degli ambiti sanitari di una cultura della demedicalizzazione e del benessere integrale per focalizzare l'attenzione su tutti i fattori di disuguaglianza che incidono sulla salute e sulla percezione di salute. A questo proposito si riporta una riflessione di una delle intervistate, la quale riprende un elemento sollevato anche dalla responsabile dell'Agenzia di Salute Pubblica, quello del ruolo delle altre politiche, quelle non sanitarie e sul rapporto che si innesca attraverso la salute comunitaria di rivendicazione di diritti da parte delle comunità:

“Adesso hanno deciso che è la migliore opzione del mondo. E anche questo non è vero. Nel senso, non è che la [salute] comunitaria salva il mondo, posso farne tantissima, ma se la gente non ha

lavoro, il determinante base è il lavoro. Il fatto che [le persone] si possano trovare insieme, parlare dei loro problemi, permette di vivere la difficoltà in modo migliore, però se non hai euro nel portafoglio è come se non cambiasse niente, non so se mi spiego. E invece adesso sembra che la comunitaria risolva tutto e non è vero. Devi fare politiche molto più in là della comunitaria, questa è una cosa in più che rafforza la comunità, fa che si creino relazioni, che ciascuno trovi le proprie risorse, e che in qualche modo si responsabilizzi, ma anche per esigere politicamente che dovrebbe essere così, però su questa parte, quella del “politicamente”, non si lavora molto... di fatto, quando si entra in quest’ambito, la risposta è “non è questo il luogo”. E allora... dipende, se stiamo parlando dell’empowerment di cui parliamo tutto il giorno perché l’empowerment è che la gente prenda le proprie decisioni, significa anche rivendicazione politica.” (P. medica)

Questo è un esempio, ma sono diverse le intervistate che si interrogano su quanto il tema della salute comunitaria rischi di essere un po’ una moda del momento e che, attraverso questo strumento innovativo ed effettivamente funzionale e efficace sotto certi punti di vista, si rischi di alimentare una situazione in cui si perdono di vista le cause prime delle proprie situazioni di disagio e difficoltà. Non vi è nell’esempio barcellonese un rischio di sussidiarietà così come quello messo in evidenza rispetto alle esperienze italiane in primis perché queste sperimentazioni avvengono dentro il sistema sanitario pubblico, ma ciò che viene sollevato dalle parole di questa intervistata è che si rischi di innescare lo stesso meccanismo di copertura delle cause delle disuguaglianze. Il punto è interessante e probabilmente sarà utile indagare ulteriormente nei prossimi anni per comprendere se e in che modo la sinergia, la relazione privilegiata con l’amministrazione comunale e con eventuali altre forze sociali può diventare uno strumento per incentivare un coinvolgimento da parte delle comunità volto anche ad incidere sulle cause delle disuguaglianze.

Prima di esporre alcune riflessioni parziali su questo studio di caso, ci si vuole soffermare brevemente sui significati e sulle implicazioni che ha nella pratica l’approccio della salute comunitaria guardandolo da un punto di vista di genere. Secondo quanto riportato da alcune delle intervistate vi è in Catalogna ed in Spagna più in generale, una diffusa attenzione alla medicina da un punto di vista di genere, ma la maggior parte del lavoro storico e accademico compiuto in questa direzione ha riguardato l’ambito biomedico. Senza entrare qui nel merito delle esperienze del femminismo storico spagnolo³²⁰, si vuole qui approfondire la riflessione aperta nelle pagine precedenti relativa al legame che si configura nel caso barcellonese tra approccio femminista e approccio di salute comunitaria. Sembra esserci effettivamente tra questi elementi una connessione ed emerge a più riprese sia dalle interviste che osservando il dibattito barcellonese sui diversi temi legati alla giustizia sociale. Ma ciò

³²⁰ Si rimanda ad esempio all’esperienza della RedCAPS, Rete di donne operatrici della salute <http://www.caps.cat/redcaps.html> e alla rivista che redigono a partire dal 1996 “Mujer y salud” <http://matriz.net/>

che appare più complesso è l'individuazione di quali sono questi legami e di come stiano agendo nella costruzione di un modello alternativo non solo di salute, ma come si è detto ripetutamente, di benessere per tutte e tutti.

Un elemento emerso durante l'intervista con una delle responsabili dell'Agenzia di Salute Pubblica, ma che si riscontra in passaggi anche di altre voci, è il ruolo fondamentale giocato dalle singole persone per la realizzazione di modelli capaci di tenere assieme i diversi aspetti. Se da un lato lei stessa conferma come l'approccio femminista abbia contraddistinto l'azione propositiva di alcune persone all'interno dell'Agenzia ed in modo particolare sia stato fondamentale il contributo di Carmen Borrell, attuale dirigente dell'Agenzia stessa, dall'altro alla domanda diretta su come questo sguardo di genere e femminista sia stato considerato nell'introdurre le sperimentazioni di salute comunitaria, la risposta è stata negativa, nel senso che è venuto a mancare questo passaggio di commistione, mentre invece è più significativo l'apporto nella parte di ricerca:

“nella salute comunitaria non c'è sguardo di genere, questo posso dirtelo. Mi dispiace molto che non ci sia. Rispetto alla ricerca che facciamo qui, una buona parte dei risultati indica che ci sono elementi di questo tipo nelle disuguaglianze, così come quelli di classe. Rispetto allo sguardo femminista, che evidentemente ispira la nostra ricerca, si pensa che lo sguardo femminista si uno sguardo alla salute delle donne. Questo è un errore. C'è un articolo di Lancet del 2013 che rimarca molto questa limitazione³²¹. Io credo che lo sguardo debba essere di genere e analizzare l'ordine di genere e intervenire su questo ordine di genere. Lo sguardo femminista, soprattutto nei primi tempi, era assolutamente biomedico e quella del CAPS è biomedica assoluta, totalmente biomedica. Io sono del CAPS e adoro la gente del CAPS, però è biomedico. Parlano di concetti come morbidità differenziata basata sulle differenze biologiche tra uomini e donne, non tra le disuguaglianze sociali. Però io incrocio questi elementi, ho [scritto] alcuni articoli su questo. L'idea è che c'è differenza nella salute tra uomini e donne, una piccola parte per ragioni biologiche [...] io credo che in altri Paesi il movimento femminista abbia un altro sguardo, qui in Spagna no. [...] per esempio, negli Stati Uniti c'è un dibattito molto ricco, il concetto di intersezionalità di razza e genere e questo nasce dal movimento femminista, io questo in Spagna non lo vedo. Noi stiamo lavorando su questo e ci sono un po' di persone che lo stanno facendo [...] però nella parte di ricerca, non nella parte di intervento. No, sfortunatamente no” (L. ASPB).

La situazione che si delinea pone quindi nuovi interrogativi sulle cause che portano a questa scissione tra i due elementi nonostante, così come ipotizzato in origine da questo lavoro di ricerca e confermato

³²¹ Il riferimento è a questo articolo Hawkes S. e Buse K., *Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths*, in “The Lancet”, 18 maggio 2013; 381(9879):1783-7.

dalla stessa intervistata, questo intreccio sia effettivamente riscontrabile dal punto di vista teorico. Un passaggio che potrebbe aiutare a sciogliere questa problematica è l'impulso che sembrerebbe arrivare dalla modalità di porsi su queste tematiche da parte dell'amministrazione comunale alla luce delle posizioni della sindaca che si è ripetutamente richiamata ad un approccio femminista al governo della città accompagnandolo alla volontà di mantenere uno sguardo di genere nell'applicazione delle politiche³²². Come si è visto nel paragrafo precedente, la spinta da parte dell'Agenzia è che nella valutazione di tutte le scelte politiche venga posta anche uno sguardo agli effetti sulla salute. È dunque possibile immaginare che dall'incontro di questi sguardi sul tavolo dell'amministrazione comunale possa nascere l'idea di come rendere anche all'atto pratico una salute comunitaria con uno sguardo femminista? Sarà probabilmente necessario aspettare alcuni anni per verificare se, a patto che venga data continuità all'attuale amministrazione, questo sarà possibile.

³²² Si vedano ad esempio le numerose prese di posizione a mezzo stampa fatte in questo senso. In diverse occasioni di dibattito sul ruolo politico delle città, ha espresso la propria volontà di mantenere una prospettiva femminista nella propria azione di governo. Si veda ad esempio l'articolo *Carmena y Colau: Las ciudades del futuro serán feministas o no serán*, in "La Vanguardia", 18 novembre 2017.

Lo studio del caso barcellonese è stato foriero di molti spunti che erano inaspettati al momento dell'inizio del lavoro di ricerca e si è dunque rivelato prezioso per osservare come sia stata applicata nel concreto una visione della salute non biomedica con la collaborazione di alcune strutture della sanità pubblica. La ricostruzione del contesto di quartiere in cui questa sperimentazione è stata fatta e gli elementi salienti emersi dalle interviste e dai momenti di osservazione faranno da filo conduttore alle riflessioni che seguono.

In primo luogo è stato interessante approfondire alcuni aspetti relativi alla dimensione culturale più ampia in cui sono nate queste esperienze. Si è segnalata in precedenza la discrepanza temporale rispetto a quanto avvenuto in Italia, relativamente alla nascita delle istituzioni democratiche in Spagna e in Catalogna e questo ha significato un'evoluzione molto diversa dello sviluppo di un certo pensiero critico che può essere ricondotto all'ambito femminista, ma anche ai movimenti di base orientati alla rivendicazione di diritti sociali. Un primo tratto lo si ritrova nel riferimento che è stato fatto da alcuni degli intervistati alle esperienze di autogestione e mutualismo del periodo della Repubblica catalana degli anni Trenta, precedente dunque sia al regime franchista che alla Seconda Guerra Mondiale. Questo significa soprattutto che le persone che oggi richiamano quel tipo di modello sociale non ne hanno avuto esperienza diretta e questa è una prima differenza con quanto invece riportato da alcuni degli intervistati in Italia che, avendo vissuto esperienze militanti negli anni Settanta, hanno un punto di vista diretto sulle pratiche di mutualismo elaborate allora.

Rimanendo su questi aspetti più generali, è utile sottolineare come un momento di discriminazione importante per la società spagnola sia stato quello del 15M. Al di là dell'analisi politica su quanto avvenuto, è stato evidente nelle parole degli intervistati come quel momento di mobilitazione di massa che ha attraversato l'intero Paese abbia avuto un contributo significativo nell'elaborazione collettiva della fase di crisi economica che si è aperta nel 2008. In particolare, l'esperienza delle *Mareas* e delle forme di partecipazione diretta avviate attraverso le *acampadas*³²³ nelle piazze di quasi tutti i centri del Paese, hanno segnato uno spartiacque nelle forme di partecipazione politica e di attraversamento dello spazio pubblico soprattutto da parte delle fasce più giovani della popolazione³²⁴. Se da un lato

³²³ Con questo termine si fa riferimento alla pratica inventata durante le mobilitazioni spagnole del 15M di occupare piazze e luoghi simbolici nelle città costruendo un accampamento di tende che, oltre ad accogliere gli occupanti la notte, costituivano al tempo stesso un modo per rendere visibile l'azione di protesta e un luogo in cui svolgere assemblee, gruppi di lavoro e iniziative partecipative. A Barcellona l'*acampada* fu fatta in Plaça Catalunya, una delle piazze del centro cittadino e situata ad un estremo de La Rambla.

³²⁴ Vi fu ad esempio un lungo dibattito interno all'*acampada* di Plaza del Sol a Madrid sull'agibilità per le donne di parlare nei contesti pubblici e sulle molteplici forme assunte dalla violenza di genere e dal machismo anche nei contesti militanti.

la nascita della Marea Blanca ha convogliato buona parte delle iniziative di contrasto alla privatizzazione della salute, è andata parallelamente sviluppandosi una maggiore sensibilità alle questioni relative al benessere olistico che probabilmente ha contribuito ad aprire una riflessione sulla salute diversa rispetto a quella biomedica³²⁵.

Dunque, il tratto principale che emerge non solo approfondendo il tema della salute, ma più in generale come modalità relazionale, è la grande attenzione e spinta verso dimensioni collettive dell'agire. Questo sembra un po' richiamare quanto emerso da molte delle interviste agli attivisti napoletani relativamente alla volontà di creare prima di tutto comunità e attivare meccanismi partecipativi nelle persone con cui si relazionano. Nella frase di un abitante di Poble Sec intervistato, attivista dell'Ateneu cooperativo La Base, si ritrova quasi un richiamo esplicito a quanto detto da alcuni attivisti napoletani del centro storico relativamente alla volontà di tradurre le iniziative messe in atto nei territori della cosiddetta Terra dei fuochi nei contesti in cui vivono: "dopo il 15M si è riportato nei quartieri lo spirito e gli stimoli [dell'acampada] di Plaza Catalunya" (X. Abitante Poble Sec).

Si vogliono riprendere ora alcuni aspetti più specifici che possano aiutare ad enucleare elementi utili alle riflessioni conclusive che seguiranno. In particolare, si proverà a concentrare l'attenzione sui punti di forza e di criticità che questa innovativa esperienza di salute comunitaria in un contesto urbano sta mostrando perché possa diventare un ausilio al dibattito più ampio sulla traduzione in pratica di sperimentazioni di salute non biomedica.

Una prima questione da considerare, alla luce di quanto detto relativamente al contesto, è il ruolo giocato dagli attori considerati ed in particolare da quelli più istituzionali. La postura assunta dalla Commissione salute del Piano Comunitario riflette un'attenzione specifica alle modalità con cui si relaziona al quartiere. Se nelle pagine precedenti ci si è soffermati a sottolineare il riguardo prestato a non sovradeterminare le scelte degli abitanti del quartiere nella definizione dei progetti, pur con tutti i limiti già evidenziati, si vuole qui mettere in luce un altro effetto di questa modalità d'azione e cioè l'attenzione ad evitare la costruzione di rapporti di dipendenza. Va in questa direzione, infatti, la scelta di organizzare i laboratori in cicli molto brevi e agili che non abbiano il tempo di essere percepiti dai partecipanti come un aiuto a tempo indeterminato, come una forma di assistenzialismo vera e propria. La stessa coordinatrice commenta questa scelta così: "Non è l'idea come può essere quella dei gruppi di autoaiuto che durano eternamente" (E. coordinatrice). È quindi nel momento stesso dell'ideazione di questo progetto che viene fatta una valutazione dell'impatto che poi questi

³²⁵ Durante il periodo di lavoro sul campo è stato possibile osservare vari momenti di dibattito o iniziative orientate ad ampliare lo sguardo sulla salute come ad esempio un corso di autogestione della salute presso uno spazio di aggregazione giovanile a Burgos (Castilla y Leon) e un percorso di agopuntura comunitaria avviato a Barcellona.

laboratori potrebbero avere alla luce anche delle situazioni di difficoltà su cui vanno ad innestarsi. La progettazione di iniziative a lungo termine spingerebbe le persone nell'adagiarsi su un progetto delegando, magari non più ad un medico, ma comunque ad un'altra figura, il miglioramento della propria condizione invece che trovare lo stimolo per attivarsi autonomamente. Questi progetti si configurano quindi come strumenti messi a disposizione, come cassette degli attrezzi, più che come sostegni diretti rivolti alle persone in difficoltà.

Un ulteriore elemento interessante elaborato nello sviluppo dei Piani è il processo di ricerca e valutazione continue che ha accompagnato il percorso fin dalla sua progettazione e che attraversa sia l'attività dell'Agenzia di Salute Pubblica così come quella del Piano e della Commissione Salute di Poble Sec che dedicano una parte del proprio tempo di riunione alle attività di autovalutazione. È emerso più volte nelle scorse pagine come venga data molta importanza alla stesura di report e diagnostici di salute comunitaria proprio come strumento di valutazione continua dell'andamento dei progetti e, in particolare, sono stati prodotti molti testi analitici relativi alle condizioni dei quartieri interessati dai vari Piani comunitari. Data l'evoluzione del progetto nel tempo cominciano ad essere possibili analisi avanzate degli effetti dell'intervento sui diversi quartieri che contribuiranno a delineare un quadro sempre più chiaro delle trasformazioni portate nei quartieri da questa proposta di salute comunitaria. Si intrecciano nelle attività dell'Agenzia i temi della ricerca e della valutazione. Si è visto in precedenza come siano state utilizzate tecniche *mixed methods*³²⁶ per incrociare gli indicatori statistici con le informazioni provenienti dalle interviste qualitative ad osservatori privilegiati dei diversi quartieri. Buona parte di queste informazioni sono state poi rese disponibili attraverso la pubblicazione di rapporti di ricerca e articoli scientifici così da permettere di seguire l'evoluzione del processo in corso. Ciò che sembra mancare è la relazione tra questa rilevanza data alla ricerca e la capacità di incidere nei processi formativi sanitari, almeno per quanto riguarda la formazione universitaria. Come riportato, anche la specializzazione in Medicina di famiglia e salute comunitaria non fornisce ai futuri professionisti della salute strumenti specifici per questo tipo di intervento e, ancora una volta, viene affidata alla sensibilità delle persone la disponibilità ad interagire con progetti come quello dei Piani comunitari o a formarsi su queste tematiche.

Ad ogni modo, se per quanto riguarda l'indagine scientifica delle politiche messe in atto vi è una grande attenzione perché possa essere strumento utile a rivedere quanto fatto e modificare, se necessario gli interventi successivi, la percezione relativamente alla valutazione è un po' diversa:

³²⁶ Ci si riferisce qui a quanto riportato da una intervistata nelle precedenti citazioni relativamente alla scelta da parte dell'Agenzia di Salute Pubblica di procedere alla valutazione dei Piani comunitari attraverso indagini basate sull'interazione di metodi qualitativi e quantitativi.

“Per la prima volta quest’anno [2017] pubblicheremo una memoria con tutte le iniziative fatte nei quartieri, con le persone che ne hanno beneficiato, chi sono i membri dei gruppi motori... dopo i gruppi motori, sono uscite a volte tavoli di settore [...] a livello di quartiere. Anche a livello di città ci sono tante cose, ci sono molti processi e a volte siamo molto disordinati e andiamo in conflitto, però... facciamo questa scelta di priorità partecipativa, mettiamo in atto queste pratiche e una cosa su cui abbiamo messo molta enfasi è la valutazione. Qui la gente è molto reticente alla valutazione, in parte perché non sanno come si valuta e non c’è cultura della valutazione. Adesso ho imparato che non devo parlare di valutazione perché è molto accademico, escludente però allora parliamo di conti. Stiamo spendendo denaro pubblico, risorse pubbliche e dobbiamo capire se questo è servito a qualcosa o no, se no non mi pare etico. Sembra che questo argomento si capisce bene” (L. ASPB).

Sembra quasi paradossale che dentro un modello innovativo che è in fase di sperimentazione ci sia questa difficoltà nella realizzazione di passaggi di autoverifica, ma evidentemente questa informazione restituisce implicitamente un quadro più articolato per cui non tutta l’Agenzia riconosce al progetto della salute comunitaria lo stesso valore. Sembrerebbe quasi che la prospettiva di investimento su questa progettualità sia differente per cui a fronte di un gruppo di lavoro impegnato su questo fronte intento ad individuarne carenze e potenzialità per procedere attraverso miglioramenti successivi, ci siano altre sensibilità che immaginano questa come un’iniziativa una tantum, estranea ed eccezionale rispetto all’offerta istituzionale tradizionale.

Un ulteriore aspetto su cui ci si concentra nel confronto con gli operatori sanitari intervistati è stato la loro percezione relativamente a cambiamenti nelle richieste di interventi sanitari da parte dei loro utenti. In particolare, si è provato a verificare se progettualità orientate alla salute comunitaria stessero contribuendo a disincentivare la richiesta di supporto farmacologico a fronte di difficoltà di natura sociale o psicologica. Una delle intervistate ha risposto così:

“non te lo saprei dire, ma non ho questa impressione. Gli abitanti del quartiere, anche se si informa molto dell’esistenza del Piano, è come se non lo conoscessero e quindi il fatto che lo spieghi persona per persona, aiuta il fatto che poi leggano i manifesti in strada. Ti dicono che hanno visto i cartelli, ma che non si sono fermati a leggerli, che non sapevano che ci fosse un Piano” (M. infermiera).

Questa riflessione pur non potendo essere generalizzata, permette di fermare l’attenzione su un elemento altrimenti poco visibile vista la grande complessità e articolazione delle attività e cioè il ruolo sociale del medico. È importante spiegare che i manifesti appesi in strada con i riferimenti alle

iniziative del Piano comunitario sono graficamente piuttosto diversi da quelli autoprodotti da associazioni o gruppi del quartiere e dunque, anche per chi dovesse rivolgere loro solo un'occhiata distratta, sarebbe visibile il logo del Comune, dell'Agenzia di Salute Pubblica e dei CAP. Questo elemento fa pensare che la disattenzione constatata dall'infermiera non sia, probabilmente, influenzata da elementi di tipo valoriale, ma da un generico disinteresse per iniziative promosse attraverso questo tipo di canale comunicativo. Seguendo quanto riportato nella citazione, cambia molto invece l'attitudine a prendere in considerazione quegli stessi volantini quando la proposta arriva in modo specifico e, soprattutto, da parte del medico (o dell'infermiera in questo caso). Si potrebbe pensare che uno dei motivi che incentivano la partecipazione a queste attività sia proprio il riconoscimento di un'autorevolezza al professionista sanitario anche quando propone iniziative che esulano da ciò che ci si aspetta da lui e che altrimenti probabilmente non sarebbero prese in considerazione. Questo, al di là della speculazione dal significato che può essere dato al gesto del medico o dell'infermiere che dedica alcuni minuti della visita a dettagliare il programma dei laboratori di Equilibradament o di altre iniziative, apre un interrogativo sul modo in cui l'introduzione di pratiche come queste influisca sulla ridefinizione del ruolo sociale del medico di medicina generale. Proseguendo con le riflessioni stimulate da questo studio di caso, si vuole riportare qui una ulteriore considerazione relativa all'interazione tra il genere e la salute comunitaria. Per sua stessa definizione, la salute comunitaria interviene sullo stato di benessere complessivo delle persone a partire dalla messa a disposizione di strumenti utili alla (ri)costruzione di relazioni sociali. Ed è a questo proposito che i rapporti di genere assumono un ruolo rilevante all'interno di questo discorso. In particolare, consapevoli che le relazioni non sono neutre, ma sono influenzate da rapporti di potere che si strutturano attorno ad assi specifici, tra cui anche il genere, ci si chiede come possa essere escluso questo elemento da una pratica di salute comunitaria. O, in subordine, che tipo di relazioni vengano costruite attraverso una sperimentazione che non prenda in considerazione i rapporti di genere. È propriamente il tema del contrasto alle disuguaglianze, insito in questa pratica, che implica la costruzione di modelli di salute comunitaria in grado di, o forse obbligati a, comprendere fin da subito un approccio decostruttivo ai ruoli di genere. Il rischio altrimenti è quello di promuovere il contrasto ad alcune cause di disuguaglianza, e al contempo mantenere invariati o riprodurre altri rapporti socialmente gerarchizzati e quindi causa di altre disuguaglianze. È molto interessante l'accento che viene fatto durante l'intervista alla rappresentante dell'ASPB al fatto che manchi nella tradizione spagnola un approccio intersezionale a questi temi³²⁷. Per provare a chiarire questo punto, che verrà

³²⁷ In realtà probabilmente questo è uno sguardo parziale perché in contesti differenti il tema dell'intersezionalità è molto considerato. Ad esempio, è stato questo il caso del convegno a Madrid dell'aprile 2017 intitolato "Antropologia medica e femminismo".

poi ripreso in termini più generali nelle pagine conclusive, si prova a prendere ad esempio il caso del progetto Equilibradament perché può aiutare a mettere in luce in modo chiaro questa contraddizione. Come visto, questo progetto nasce sull'onda di un aumento delle persone che, a causa della crisi economica, si trovano in situazione di disoccupazione o comunque in difficoltà economiche e si rivolgono ai Centri medici per chiedere un aiuto farmacologico in risposta ai sintomi legati allo stress derivato dalla loro condizione. Si immagina quindi, durante le riunioni della Commissione salute, di intervenire proponendo un'alternativa non medicalizzante, ma con laboratori che permettano di acquisire maggiore consapevolezza sulla propria salute emotiva e mentale. Emerge poi dalle parole di una delle intervistate che chi partecipa a questo tipo di iniziative siano per la maggior parte donne, nonostante si possa presumere che la "richiesta di supporto alla biomedicina" non sia appannaggio esclusivo delle utenti. È dunque lecito interrogarsi sulle possibili cause di questa discrepanza e possono essere fatte alcune considerazioni preliminari.

In primo luogo, bisogna considerare che è culturalmente costruita lungo la linea di genere una differenza nel rapporto con la cura, il corpo e la malattia (De Beauvoir, 1949; Graham, 1983; Tronto 2006). In secondo luogo, anche l'ammissione di uno stato di debolezza, di difficoltà, di non capacità di rispondere alle aspettative risente molto degli stereotipi di genere presenti nella società³²⁸. Questo implica anche che la disponibilità ad una soluzione biomedica sia probabilmente diversa tra uomini e donne così come la percezione relativa alla possibilità di un maggiore coinvolgimento entro un percorso di riflessione su di sé e la propria salute psicologica. Si può quindi far risalire a questi aspetti la maggiore rigidità o difficoltà da parte maschile a partecipare ad un'iniziativa che si presenta rivolta ad agire sulla salute emotiva.

Utilizzando questo esempio si vuole quindi sottolineare come un progetto di salute comunitaria non possa non tenere conto delle specificità derivanti dalla costruzione sociale del genere senza rischiare di aprirsi ad un paradosso. Proprio l'approccio comunitario che nasce con l'idea di rompere le linee di potere che producono disuguaglianze, rischia di esserne depotenziato -quando non distorto- nella sua applicazione pratica se non viene informato da uno sguardo di genere.

³²⁸ Si veda ad esempio su questo lo studio fatto da Simone A., *Suicidi. Studio sulla condizione umana nella crisi*, Mimesis, 2014.

Riflessioni conclusive e domande aperte

Questo lavoro prende in esame il processo di costruzione sociale della salute osservandone gli sviluppi attraverso alcune esperienze territoriali. All'origine di questa ricerca ci si è chiesti se il paradigma biomedico, oggi prevalente a livello culturale e nella strutturazione dei servizi sanitari dei contesti locali indagati, sia l'unica opzione possibile per rispondere ai bisogni di salute presenti. Si è visto nelle scorse pagine come questo sia stato progressivamente problematizzato dalla formulazione del modello dei determinanti di salute nel contesto dell'Organizzazione mondiale della sanità, ma anche da parte di alcuni movimenti sociali che mettono radicalmente in discussione l'idea di salute come fatto individuale. È in questo contesto che è stato interessante analizzare i processi di riconcettualizzazione della salute che stanno attraversando alcune reti locali in due quartieri di Napoli e Barcellona, non tanto come esercizio retorico, ma per provare a cogliere le linee di tendenza di quelle che potrebbero essere le ricadute sociali di un cambiamento radicale di prospettiva.

È giunto ora il momento di tirare le fila di questa riflessione e per farlo si è ritenuto utile procedere dedicando un primo spazio all'analisi dei risultati relativi alle tre ipotesi considerate inizialmente:

La prima ipotesi è relativa al fatto che la presenza di queste esperienze potesse essere riconducibile, ed eventualmente a che titolo, all'orientamento politico dei rispettivi governi cittadini, alle amministrazioni De Magistris e Colau.

La seconda ipotesi è una spinta alla nascita di questi percorsi sia stata l'emersione di nuovi bisogni a seguito della crisi economica e dell'introduzione di politiche di austerità e tagli alla spesa pubblica.

La terza ipotesi è stata che la presenza di reti territoriali informali abbia influito sull'elaborazione di pratiche innovative nell'ambito della salute.

A seguire si ripercorreranno i principali concetti utilizzati nella ricerca per poi dedicare l'ultima parte di queste conclusioni alle riflessioni emerse complessivamente e alle domande che si sono aperte lungo il percorso.

Ruolo delle istituzioni locali

Il tema del ruolo delle istituzioni locali è stato uno dei fili conduttori della ricerca ed è risultato utile distinguere, nell'analisi, tra enti politici e sanitari. Innanzitutto si può precisare che, rispetto a quanto ipotizzato, in entrambi i casi non è stata dimostrata una diretta correlazione tra la nascita delle

esperienze indagate e la presenza di sindaci e giunte comunali attenti alle istanze sociali, quali possono essere considerate quelle Colau e De Magistris. A Barcellona i progetti esaminati hanno preso avvio diversi anni prima dell'elezione dell'attuale governo cittadino mentre per quanto riguarda Napoli, ciò che emerge dalle interviste è che nel corso degli ultimi anni, dal 2011 circa, ci sia stata una trasformazione sociale più ampia a cui può essere ricondotta anche l'elezione di De Magistris. Per ciò che hanno riportato gli intervistati, così come risulta dai due capitoli analitici, non si può parlare di un nesso diretto tra i due elementi, ma per entrambi i casi studiati viene riconosciuta da molti attivisti l'importanza di amministrazioni comunali non ostili alle attività proposte.

Procedendo nell'ambito della prima ipotesi, bisogna ricordare che in fase di formulazione di questo progetto si è posta particolare attenzione al ruolo delle istituzioni sanitarie nella definizione del concetto di salute, ma anche alle implicazioni del processo di istituzionalizzazione delle pratiche di salute non istituzionali. Si è considerato, ad esempio, quanto avvenuto negli anni Settanta con l'esperienza delle Case femministe per la salute della donna che, una volta approvata la legge istitutiva dei consultori familiari nel 1975, furono inglobate, almeno quelle che scelsero di proseguire le attività, nel nuovo servizio ridimensionando la carica politica che le aveva fatte nascere:

“I consultori sono luoghi di attività politica, oltre, e prima che servizi. Il corpo, la salute femminile intesa come valorizzazione delle conoscenze implicite di ciascuna o di apprendimento di conoscenze nuove, sono intesi come luoghi per la produzione di autonomia individuale e insieme come terreno per la costruzione di rapporti collettivi. La pratica dell'aborto è solo un momento di questa attività complessa, e i consultori resistono alla loro trasformazione in meri servizi. E tuttavia, la richiesta di istituzione di consultori pubblici nasce almeno in parte anche dalla difficoltà di tener ferma la propria natura politica di fronte a una domanda femminile che richiede, o interpreta l'offerta in termini di servizi. [...] l'istituzione di consultori pubblici “per la salute della famiglia, della coppia e della donna” contribuisce al deperimento dell'esperienza dei centri per la salute e dei consultori autogestiti, dove non si riesce (e forse nemmeno si tenta di) tenere aperti spazi di confronto e conflittualità politica. Dobbiamo allora concludere che uno degli effetti del successo sul piano legislativo sia la depoliticizzazione delle istanze che avevano prodotto le mobilitazioni, anche quando, e benché, le norme ottenute non rispecchino per intero gli obiettivi delle mobilitazioni stesse?” (Pitch, 1998: pp. 200-201)

La domanda aperta da Tamar Pitch e qui riportata, è di spunto per provare a generalizzare questo discorso alle esperienze di autogestione di cui si è trattato nel testo, con particolare riferimento al caso napoletano visto il diverso status della Commissione Salute di Poble Sec. Per quanto riguarda Napoli,

come si è visto, nessuna delle sperimentazioni di medicina sociale più propriamente intese, quindi i due ambulatori e il Comitato di Lotta per la Salute Mentale, si pone come obiettivo prioritario l'istituzionalizzazione delle proprie pratiche, ma il problema sollevato da Pitch rispetto alla sopra citata "difficoltà di tener ferma la propria natura politica" a fronte di una richiesta di risposte concrete, peraltro in qualche caso anche numericamente molto rilevanti, è emersa come problematica anche da alcune interviste riportate (*cfr. capitolo 4*) e dunque sembra rimane una questione aperta anche per i movimenti odierni.

Oltre a questo, se da un lato ci si scontra con la difficoltà di non poter avere la stessa efficienza dei servizi pubblici, dall'altro spesso questo è accompagnato da una scelta consapevole di non volersi sostituire ai servizi esistenti. Si va delineando allora una sorta di paradosso per cui la possibilità di soppiantare il modello biomedico con alternative più partecipative e meno gerarchizzanti fatica a prendere piede proprio perché non riesce ad avere, negli utenti, la stessa capacità di risposta immediata e standardizzata che può avere un farmaco o una prescrizione sanitaria. Ma d'altra parte, non dovrebbe essere questa la scala con cui queste esperienze vengono misurate proprio perché non è nei loro obiettivi dare risposte immediate, ma costruire un'articolazione di contesto che cambi la percezione e quindi che soprattutto prevenga la medicalizzazione di problemi sociali.

Mantenendo lo sguardo sul ruolo giocato dalle istituzioni locali, un aspetto che è emerso in entrambi i contesti è quello relativo al riconoscimento formale, ma anche economico di queste esperienze. Il raggiungimento di una trasformazione delle risposte ai bisogni sociali di salute in senso olistico e globale richiede un intervento sistemico e soprattutto sinergico tra tutti gli attori coinvolti. Se per quanto riguarda Barcellona il fatto che tutto nasca a partire da un finanziamento pubblico, in parte comunale ed in parte regionale, si va a sommare all'impegno profuso dai centri per la salute territoriali che non solo riconoscono formalmente il progetto, ma vi investono mettendo a disposizione personale pagato, la situazione napoletana è profondamente diversa. Le esperienze analizzate si basano in maniera pressoché totale su forme di autofinanziamento e beneficiano eventualmente di donazioni per aspetti specifici come ad esempio la raccolta dei farmaci o lo sporadico acquisto di strumentazione. Evidentemente, soprattutto per quanto riguarda la continuità nella possibilità di svolgere le attività, il tema del finanziamento è molto rilevante. E dopo aver potuto osservare le due situazioni barcellonese e napoletana, risulta particolarmente indicativo il fatto che chi si impegna in queste iniziative lo faccia a titolo volontario oppure in orario lavorativo. Diventa ancor più evidente la distanza tra le situazioni se si considera che, a fronte di un contesto napoletano in cui magari non c'è ostilità da parte delle istituzioni nei confronti di queste sperimentazioni, ma neppure sostegno esplicito, nel modello barcellonese agli operatori sanitari non solo viene dato supporto formale, ma è

a loro che viene affidato l'incarico di tradurre l'approccio dei determinanti sociali della salute agli abitanti per conto delle istituzioni sanitarie.

Un altro aspetto particolarmente stimolante riguarda la riscoperta, fatta dai movimenti napoletani, delle funzioni dei sindaci come garanti della salute dei cittadini. Questo sembra potersi configurare come uno strumento molto interessante per far progredire le riflessioni sulle pratiche di salute a livello locale, senza rinviare necessariamente a livelli amministrativi superiori le possibilità riorganizzative. È altrettanto evidente, però, come proprio in quanto strumento, esso sia strettamente connesso alla volontà politica degli amministratori locali o alla capacità delle istanze sociali di fare breccia e porre questi temi tra le urgenze sociali.

Per quanto riguarda il caso barcellonese si vogliono qui sottolineare altri due aspetti emersi dall'analisi delle interviste che permettono di cogliere la processualità entro cui si muovono queste esperienze. È venuto alla luce come l'intervento in senso comunitario sulla salute non sia assunto come prioritario da parte di tutte le componenti dell'Agenzia di Salute Pubblica, ma si scontri, come hanno dichiarato le intervistate, con alcune resistenze interne orientate all'intervento di tipo classico. Probabilmente riconducibile a questo oltre che al rischio di una separazione tra modelli teorici e bisogni pratici, vi è il fatto che sono stati definiti strumenti di messa a verifica periodica sui Piani comunitari così da poter progressivamente riadattare le iniziative sulla base delle reali necessità.

Si vuole qui introdurre un ulteriore elemento che non era stato considerato inizialmente nella formulazione delle ipotesi, ma che si è rivelato presente, in forme diverse, in entrambi i contesti analizzati e cioè il ruolo dell'università rispetto a questi processi. Il tema è stato sollevato per quanto riguarda Barcellona, soprattutto in rapporto al fatto che nonostante siano in corso progetti che vedono il coinvolgimento di istituzioni, che raccolgono gli sforzi di professionisti in molti quartieri della città, non vi è la capacità di incidere sui processi formativi universitari. Questo significa che l'approccio comunitario resta fuori dall'orizzonte della maggior parte delle persone che studiano in quest'ambito e che quindi possono approfondire tale alternativa solo al di fuori dal contesto accademico. Se da un lato questo implica un'importante mancanza di riconoscimento delle riflessioni sulla salute comunitaria, dall'altra mette in evidenza come l'approccio biomedico sia pervasivo non solo in fase operativa, ma nell'intera impostazione delle professioni sanitarie. Il tema del ruolo delle istituzioni universitarie è emerso anche nel dialogo con gli attivisti napoletani, ma con un'accezione in parte diversa. Sicuramente i due casi sono accomunati dal fatto che manchi uno sguardo non biomedico nei percorsi formativi accademici, ma si è potuto constatare come a Napoli la presenza di alcuni docenti con una storia di attivismo alle spalle e un'attenzione alle tematiche sociali relative alla salute sia stato un utile supporto per gli studenti interessati ad approfondire questi approcci. Nel caso napoletano

inoltre il fatto che nel corso delle mobilitazioni universitarie contro la riforma Gelmini siano sorti due collettivi di studenti e studentesse di medicina è stato uno dei passaggi richiamati da diversi intervistati per indicare il momento di inizio del proprio interesse per queste tematiche.

Crisi economica e politiche di austerità

La seconda ipotesi di partenza di questo lavoro è stata che, nella nascita e sviluppo delle pratiche di salute alternative, avesse inciso significativamente lo scoppio della crisi economica e l'introduzione di politiche di austerità. Cercando questa correlazione si è resa necessaria una premessa e cioè che le politiche di riduzione della spesa pubblica ed i tagli lineari compiuti sui servizi sanitari, italiano e spagnolo dopo il 2008, sono ricaduti su sistemi che da quasi vent'anni stavano percorrendo un processo di aziendalizzazione, in cui la gestione della sanità era stata indirizzata verso logiche di competitività ed efficienza (*cfr. capitolo 2*).

Per indagare questa ipotesi è stato utile considerare separatamente come gli effetti della crisi economica abbiano inciso da un lato sui servizi sanitari, dall'altro sullo stato di salute delle persone e dunque sulla trasformazione dei bisogni di salute.

Per quanto riguarda il primo aspetto ci si vuole qui soffermare su quanto riconducibile alle modifiche intercorse nell'organizzazione del lavoro dentro i servizi sanitari perché vi sono diversi elementi che vale la pena considerare. Innanzitutto, come si è visto, la spinta alla specializzazione medica ha rafforzato una settorialità dei saperi anche internamente alla medicina e alla pratica medica, implicando una visione frammentata dell'intero umano su cui si applicano competenze particolari perdendone però il quadro d'insieme. Se questo discorso è particolarmente evidente per quanto riguarda gli specialisti, il problema pare ricadere anche sui medici di medicina generale, probabilmente per ragioni riconducibili all'impostazione della formazione universitaria.

Altrettanto problematica è la possibilità di condivisione e di confronto tra le diverse figure professionali anche quando ufficialmente facenti riferimento allo stesso ambito sanitario, si pensi ad esempio al caso di infermieri ed ostetriche. Lo stesso meccanismo di gerarchizzazione comporta l'esclusione quasi totale di tutte quelle professionalità che invece non rientrano formalmente in questo contesto, ma che potrebbero contribuire con preziosi sguardi alternativi come ad esempio, restando nell'ambito sanitario, mediatori culturali formati su questi aspetti specifici. Vi è inoltre da considerare il fatto che, in un sistema orientato all'efficienza, l'introduzione di tagli economici sulla base di criteri di valutazione quantitativi ha portato i servizi a dare priorità alle attività che influiscono

maggiormente sugli indicatori rischiando di spostare almeno parzialmente l'attenzione dalle valutazioni di tipo esclusivamente sanitario.

Se si considerano ora gli effetti che la crisi ha avuto sui pazienti, il discorso assume caratteristiche ancor più significative. Da un lato persistono difficoltà di accesso ai servizi che presentano, come visto soprattutto in relazione alla situazione napoletana, elementi di forte criticità sia dal punto di vista amministrativo che economico.

Ma oltre a quanto emerso nei due studi di caso, si ritiene utile porre in relazione le situazioni di difficoltà a cui sono sottoposti i servizi sanitari con quanto sta emergendo da diversi studi fatti nel corso degli ultimi anni sulle conseguenze della crisi sulla salute delle persone. Queste ricerche, pur mostrando alcuni elementi di disomogeneità nei risultati, fanno emergere un quadro generale in cui dopo il 2008 si è verificato un aumento delle condizioni di disagio psicologico nella popolazione³²⁹. A questa fotografia della situazione può essere sovrapposta quella di un ulteriore fenomeno che sta intervenendo sulla trasformazione dei bisogni di salute in Italia e cioè il fatto che a fronte di un complessivo aumento dell'aspettativa di vita tra le maggiori al mondo, la metà delle persone oltre i 75 anni presenta condizioni di salute peggiori rispetto ai coetanei degli altri paesi. Lo stesso rapporto Istat del 2017³³⁰ che riporta i dati relativi a questa situazione mette in evidenza come, anche in questo caso, siano molto marcate le disuguaglianze in rapporto allo status socio-economico. Si tratta dunque di una conferma del fatto che l'insicurezza relativa alle disponibilità economiche, amplificata dalla crisi, è "la grande apportatrice d'incertezza per la maggior parte dei membri della società" (Castel, 2011: p. 83), di un'incertezza che è sociale e che "non nutre solo la povertà. Essa agisce come un principio di demoralizzazione, di dissociazione sociale, alla stregua di un virus che impregna la vita quotidiana, dissolve i legami sociali e mina le strutture psichiche degli individui." (Castel, 2011: p. 26) Sembra confermarsi anche in queste parole l'idea di una correlazione significativa tra la rottura dei legami sociali e la diffusione di condizioni di disagio, di non-salute tra gli individui a causa di condizioni di vita e di lavoro precarie.

Ruolo delle reti territoriali informali

³²⁹ Una rassegna di questi studi è stata pubblicata nel 2016 da Parmar D., Stavropoulou C., Ioannidis J., *Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review*, in "BMJ" 2016;354:i4588

³³⁰ Istat, Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea, dati relativi al 2015, rapporto del 26 settembre 2017

Passando ora alla terza ipotesi, e quindi all'importanza delle reti territoriali informali nei contesti considerati, è interessante osservare come in entrambi i quartieri osservati siano presenti innumerevoli realtà associative, gruppi informali, collettivi politici con interventi su tematiche diverse. Sia a Barcellona che a Napoli, in realtà, la ricchezza di esperienze e progetti riguarda vaste aree della città ed è composta da una moltitudine di esperienze con forme organizzative, obiettivi, pratiche anche molto diverse tra loro. Al di là dei tratti specifici riportati nei rispettivi capitoli, un elemento che si ritrova in entrambi gli studi di caso è l'esplicito obiettivo da parte della maggior parte dei progetti considerati ad agire per "costruire comunità". Questo concetto, pur espresso e ricercato con pratiche differenziate, si ritrova nei laboratori barcellonesi di Equilibradament così come nei workshop del Presidio di Salute Solidale, si ritrova nelle iniziative quali Baixem al carrer ed altrettanto nei presidi contro la chiusura degli ospedali nel centro storico partenopeo.

Una costante nel corso delle indagini sul campo è stata il fatto che gli intervistati attribuissero alla socialità e alla presenza di reti relazionali forti un ruolo preminente tra i fattori di salute. In questo senso molta rilevanza è stata data dalle esperienze agli interventi volti alla (ri)costruzione di legami sociali e di contesti di vivibilità. L'attenzione dunque a questo aspetto sembra spingere verso un rovesciamento della prospettiva con cui il (potenziale) paziente si approccia al tema della salute. Si potrebbe forse dire che si interviene sulla costruzione sociale del paziente ponendo in essere una maggiore attenzione alla salute come fatto sociale, spostando dunque il focus dell'intervento dal singolo paziente verso la collettività.

Evidentemente un processo di questo tipo richiede tempi lunghi ed è difficile poter cogliere in questi pochi anni dall'avvio delle sperimentazioni studiate dei cambiamenti sociali tangibili. Si può però ritenere che queste esperienze stiano manifestando una interessante capacità di prefigurazione, di costruire e promuovere immaginari sulla salute collocandosi dentro una processualità storica. Proprio gli immaginari internazionali, è il caso delle cliniche greche, o storici, come ad esempio il mutualismo napoletano degli anni Settanta o le pratiche della Repubblica catalana degli anni Trenta e delle mobilitazioni del 15M, siano affiorati più volte nelle narrazioni degli intervistati come termini di paragone delle iniziative attuali. È emerso dalle interviste come la possibilità di riconoscersi entro una più ampia cornice di pratiche mutualistiche, di vedere che anche in altre parti d'Europa stavano nascendo esperienze simili ha permesso agli attivisti napoletani di valorizzare da un lato le proprie attività e dall'altro anche di aprire relazioni di confronto con chi, in altri territori, sta sperimentando pratiche simili. Questo fenomeno ha avuto un effetto molto significativo anche su scala nazionale e, nei tre anni in cui si è svolto questo lavoro di ricerca, sono nate esperienze autogestite nell'ambito della salute in tutta Italia: le ultime in ordine sparso sono la Microclinica Fatih a Torino, Amalgama

Consultorio Popolare a Genova, Libero Ambulatorio di medicina popolare a Firenze, ambulatorio popolare Intersos²⁴ a Roma e altri ancora.

A proposito del ruolo che esperienze come queste possono giocare entro contesti territoriali ricchi di iniziative sociali, può essere utile richiamare qui quanto scritto da Caffentzis e Federici (2013) a proposito degli “strumenti cruciali di sopravvivenza” (Caffentzis e Federici, 2013: p. 95) in risposta alla crisi:

“Le iniziative di commoning sono qualcosa di più di un semplice argine contro gli assalti neoliberisti alle nostre vite. Essi sono semi, forme embrionali di un modo alternativo di produzione in divenire” (Caffentzis e Federici, 2013: p. 95).

Al di là delle interpretazioni più o meno fiduciose rispetto all’andamento di questi percorsi, sicuramente il lavoro capillare delle reti territoriali sta procedendo da diversi anni nei contesti interessati da questa ricerca e supera i confini dell’intervento esplicitamente sulla salute per agire su altri aspetti, riconducibili ai determinanti sociali di salute. In questo senso, dunque, prevenendo la medicalizzazione dei problemi sociali e restituendo alle relazioni sociali la funzione di risorsa collettiva per l’oggi così come per il futuro, si può ritenere che la presenza di un tessuto sociale ricco di iniziative e proposte culturali, sociali, politiche, sia un elemento prezioso per l’aumento della consapevolezza sul benessere individuale e collettivo.

Concetti principali

Dopo aver ripercorso le tre ipotesi alla base di questa ricerca, si vogliono richiamare qui i principali concetti considerati per osservare come sia stato possibile arricchirli attraverso gli studi di caso (*cfr. capitolo 3*).

Il primo concetto su cui ci si vuole soffermare è quello di *corpi* perché si è rivelato essere sempre presente nel corso della ricerca non tanto in quanto oggetto di intervento specifico, lo è solo per una parzialità delle esperienze presentate, ma per il fatto che contiene una enorme potenzialità per le riflessioni che hanno accompagnato tutto il lavoro. Come si è sottolineato in diversi passaggi del testo, la non neutralità dei corpi impone uno sguardo sulla salute che sia all’altezza, situato, transfemminista. Se dunque da una parte il tema al centro della riflessione, la salute, riguarda

necessariamente la corporeità (Cardano, 2015: pp. 48-51), dall'altro l'approccio con cui si è scelto di osservarlo richiede un'attenzione particolare alle differenze che, inscritte nei corpi, hanno effetti sociali specifici. Se l'attenzione alla corporeità sembra più immediata entro una riflessione sulla salute del singolo, ciò su cui si vuole ragionare qui è il passaggio successivo e cioè come mantenere un'attenzione al portato della corporeità quando si mette al centro la salute collettiva. Non si tratta più di ragionare su aspetti specifici, come può ad esempio accadere con la medicina di genere, ma di cogliere come si sviluppano le differenze in senso generale, come diventano disuguaglianze e dunque quali linee di potere le attraversano. È in questa accezione che un approccio intersezionale diventa un alleato prezioso, irrinunciabile, per analizzare le sperimentazioni in corso e le potenzialità di trasformazione delle relazioni sociali che presentano. Ed è il confronto tra i *saperi* sui corpi che ha dato avvio, storicamente, a pratiche innovative. In una dimensione culturale e sociale profondamente diversa da quella attuale, l'atto di riappropriazione dei saperi sul proprio corpo messo in pratica dai movimenti femministi con le pratiche di self help ed autovisita ha avuto negli anni Settanta un impatto dirompente. Ciò che è emerso dai casi studiati oggi a Napoli e Barcellona sembra proporre esplorazioni nuove nei rapporti tra i saperi attraverso cittadini, cittadine e medici volontari, più o meno specializzati, più o meno attivi politicamente, che scelgono di mettere a disposizione competenze e di farle dialogare con le esperienze di vita. Questo significa anche prestare una maggiore cautela nel medicalizzare i problemi portati dai pazienti e dunque interessante è stata la scelta delle operatrici barcellonesi che a fronte di un significativo aumento di richiesta farmacologica da parte dei pazienti colpiti dagli effetti della crisi, hanno avanzato la proposta di un intervento non sanitario.

Uno dei concetti storicamente più indagati in rapporto alla scienza medica è la *normatività*. Le sue accezioni prescrittiva ed escludente sono emerse ripetutamente nel corso delle interviste, soprattutto per quanto riguarda il caso napoletano. Oltre a quanto considerato in termini teorici, è stato fatto notare dalle persone interpellate come il riconoscimento o meno di una patologia non si limiti a sancire uno status individuale, ma abbia effetto immediato in rapporto alla possibilità o meno, nel nostro sistema di welfare di accedere a tutta una serie di diritti³³¹ con tutte le conseguenze che questo porta con sé. È dunque a questo che si ricollega anche il concetto di *universalità*.

Siamo stati abituati a ritenere il servizio sanitario italiano tra i più avanzati in Europa per quanto riguarda la garanzia di accesso, ma negli ultimi decenni questo ha cominciato a vacillare sia sotto il profilo economico che sotto quello amministrativo. Forse un po' paradossalmente la protezione

³³¹ Ci si riferisce ad esempio al fatto che senza l'ufficializzazione di uno status di malattia cronica, ad esempio il diabete o l'ipertensione, non si ha diritto all'esenzione sui ticket per le visite specialiste periodiche.

sociale classica, basata sulla condizione lavorativa, sta rischiando, a fronte di un aumento di condizioni di lavoro precarie e non continuative, di esacerbare le differenze presenti nella società. Ad incidere sulla crisi dell'universalità del diritto alla sanità, oltre all'approccio politico prevalente per cui la sanità pubblica è soprattutto una spesa e quindi, in quanto tale, vada tenuta sotto controllo a prescindere³³², c'è un'implementazione delle già preoccupanti differenze geografiche³³³.

Rispetto alle difficoltà di accesso relative al sistema catalano, le intervistate riportano soprattutto delle difficoltà per i lavoratori che hanno ricadute limitate sull'utenza. Sarebbe piuttosto da approfondire un aspetto che non è emerso dalle interviste, ma che è presente nelle iniziative dei cittadini a difesa della sanità pubblica che è la progressiva introduzione di assicurazioni sanitarie integrative. Ad ogni modo, tornando alla realtà italiana, ciò che si è palesato attraverso le interviste è che sono in aumento le fasce di popolazione escluse di fatto dall'assistenza sanitaria e quelle che rimangono sul confine del sistema, rinunciando sempre più spesso alle cure per ragioni economiche.

Quella che sembra configurarsi è quindi una sempre maggiore discrepanza tra universalità formale e sostanziale in cui comincia a porsi apertamente il problema della presenza di una sorta di privilegio scalare per cui chi ha maggiore disponibilità economica o conoscenze personali può accedere ad alcuni servizi a scapito degli altri che si trovano a dover fare i conti con un sistema pubblico gravato da molteplici situazioni di difficoltà. Ciò che si configura quindi è un problema di accesso alla sanità che spesso dipende da quelle stesse disuguaglianze che limitano anche il diritto alla salute in senso più generale. Come si è ripetutamente sottolineato, se si ritiene che la salute si configuri come benessere generale della persona, anche la possibilità di alloggiare in condizioni dignitose, di avere accesso alle utenze, di avere un reddito contribuisce ad un miglioramento della qualità di vita. Si può quindi ritenere utile aprire una riflessione aggiuntiva sul significato di *universalità* visto che ad una sua contrazione rispetto alla sanità si accompagna il fatto che il diritto alla salute in ambito non sanitario resti un punto cieco dell'attuale modello di intervento.

Decidere di considerare il concetto di *discrezionalità* si è rivelata una scelta utile perché spesso proprio entro i margini di interpretazione e di competenze assegnate si muove la possibilità di fruire o meno di alcuni servizi, ma altrettanto la possibilità di aprire spazi alternativi. Si sono rivelate molto utili le parole di Castel al fine di comprendere come il tema da mettere a fuoco, più che una generica

³³² Significativa in questo senso è stata la dichiarazione della ministra Grillo a proposito dei migranti accolti dalla nave di soccorso Sea Watch nel Mediterraneo nel gennaio 2019: "La situazione è sotto controllo e comunque quando mandiamo i medici è il Paese che paga e non mi pare il caso" <https://www.agenpress.it/notizie/2019/01/29/sea-watch-giulia-grillo-situazione-sanitaria-sotto-controllo-stress-sostenibile/>

³³³ Pare muoversi in questa direzione anche la recente decisione di accogliere la formula di regionalismo differenziato in materia sanitaria che, nel quadro italiano presentato nel secondo capitolo, apre la strada ad un ulteriore aggravamento delle differenze territoriali nelle capacità di fornire servizi sanitari. Si veda per un approfondimento su questo Cavicchi I., *In morte del servizio sanitario nazionale*, in "Il Manifesto", 26 gennaio 2019

discrezionalità, sia la relazione tra la possibilità di rivendicare un diritto e i margini di negoziazione sui modi in cui esso viene realizzato:

“Il ricorso al diritto è la sola soluzione che sia stata oggi escogitata per uscire dalle pratiche filantropiche o paternalistiche, fossero esse esercitate all’interno di istanze ufficiali oppure da specialisti dell’aiuto sociale: pratiche che conducono a prendere in considerazione con maggiore o minore benevolenza, o sospetto, la sorte degli sventurati, al fine di verificare se, e in quale misura, essi meritano davvero di essere aiutati. [...] Si può rivendicare un diritto; un diritto è infatti una garanzia collettiva, legalmente istituita, che riconosce all’individuo, al di là della sua specificità, lo statuto di membro a pieno titolo della società, «avente diritto», per ciò stesso, a partecipare alla proprietà sociale e a godere delle prerogative principali della cittadinanza: diritto di condurre una vita decorosa, di essere curato, di trovare alloggio, di essere riconosciuto nella propria dignità personale... Le condizioni di applicazione e di esercizio di un diritto possono essere negoziate, dato che non si può confondere l’universalità di un diritto con l’uniformità della sua messa in opera. Ma un diritto in quanto tale non si negozia, si rispetta.” (Castel, 2011: p. 78)

Ecco dunque che nel momento in cui il diritto che pareva acquisito comincia a cedere, si scopre il fianco al mercato e a forme di discrezionalità più o meno istituzionalizzate³³⁴. Ferma restando la necessità in questo momento di rivendicare e tutelare il diritto all’accesso, si può ritenere che entro gli spazi di negoziazione sulle condizioni di applicazione si aprano anche margini per la riconcettualizzazione della salute.

Si inserisce a questo punto il tema del rischio di *sussidiarietà* delle esperienze considerate. In parte la questione è già stata sollevata a proposito del ruolo delle istituzioni nei confronti delle istanze politiche e sociali, ma si ritiene utile osservare il problema anche da questa angolatura. Negli esempi napoletani considerati l’attività “di servizio” e volontaria si inserisce entro una riflessione politica più ampia come parte di una progettualità di trasformazione generale e dunque non riconducibile alle pratiche di volontariato tout court, mentre l’esperienza dei laboratori barcellonesi è più ibrida e al tempo stesso più esplicitamente accessoria, per sua stessa natura, ai servizi. Alla possibilità di innescare meccanismi di sussidiarietà, configurando quindi la possibilità che esperienze autogestite si trovino a fungere da sostituti, almeno per alcune fasce della popolazione, del servizio pubblico (e per di più attraverso forme di lavoro gratuito), si accompagna un ulteriore rischio e cioè quello della

³³⁴ Si veda a questo proposito Saruis T. e Catena L., *Programmare e implementare le politiche sociali: tra discrezionalità istituzionale e discrezionalità operativa*, paper presentato al convegno Espanet Milano 2011 - Innovare il welfare. Percorsi di trasformazioni in Italia e in Europa.

cooptazione. Questo tema, collaterale a quanto indagato in questa ricerca, si presenta come un'interessante prospettiva di approfondimento futuro. Si vuole però sottolineare fin da ora come sul pericolo che le esperienze innovative, comunitarie e propositive possano essere esposte al rischio di cooptazione da parte del sistema economico, sono state proposte importanti riflessioni (Caffentzis e Federici, 2013; De Angelis, 2017) che attraversano, ma al contempo eccedono, evidentemente, l'ambito delle pratiche di salute.

Si vuole ora richiamare un altro dei concetti che hanno strutturato questa ricerca e cioè la *processualità*. Grazie all'analisi degli studi di caso è stato possibile cogliere la gradualità dei processi di trasformazione della percezione di salute, così come di quelli di decostruzione e ricostruzione dell'idea di salute anche all'interno delle esperienze considerate. In particolare, il fatto che il contesto entro cui queste proposte agiscono sia fortemente connotato dalla presenza di un'impostazione biomedica dei sistemi sanitari ufficiali rende più complessa la possibilità per nuovi approcci alla salute di presentarsi come vere e proprie alternative complessive. La stessa tematizzazione della salute, come si è visto, richiede un'attenzione particolare per essere decostruita e ricostruita su basi non sanitarie, tanto più in senso comunitario e in misura ancora maggiore se in una fase di grande richiesta di "servizi". Vi è dunque da considerare la processualità secondo questo aspetto, ma anche alla luce del fatto che i percorsi indagati sono esposti a diversi fattori esterni che possono modificarne le traiettorie in corso d'opera. Un esempio già evidenziato è stato quello degli effetti della crisi economica per cui, anche in un contesto marcatamente biomedico è stato possibile far emergere il ruolo di fattori socio-economici sullo stato di salute delle persone, sia agli occhi del personale sanitario che della popolazione. Ma a parte casi così clamorosi, la trasformazione dei percorsi indagati si è rivelata essere un processo in itinere per cui nel continuo dialogo tra l'analisi della propria esperienza e del contesto e il lavoro sul campo, sono progressivamente emerse idee innovative e proposte. Non si può dunque immaginare che questi percorsi procedano per strappi successivi, attraverso momenti di svolta particolari, ma anzi va riconosciuto come il processo di costruzione sociale della salute entro queste reti abbia agito e agisca progressivamente, anche attraversando le contraddizioni e le difficoltà del quotidiano. Da parte di alcuni attivisti è stato peraltro segnalato come un procedere per singoli eventi invece che con un lavoro continuativo rischi di non riuscire a costruire il contesto che permette una più stabile trasformazione della realtà.

Alla base delle esperienze considerate vi è inoltre la *partecipazione*, da intendersi sia come pratica interna alle esperienze che come strumento per il coinvolgimento della cittadinanza, ma anche come caratteristica strutturale della "salute". Se partecipazione può voler dire adesione a un gruppo politico, essa può significare anche disponibilità a svolgere alcune ore di attività volontaria agli sportelli, ma

può riferirsi anche ad una modalità di organizzazione del lavoro come si è visto in riferimento ai CAP di Poble Sec. Per ciò che interessa maggiormente in queste riflessioni conclusive, si vuole sottolineare l'importanza della partecipazione come processo di attivazione delle cittadine e dei cittadini. Un esempio importante è quello dei laboratori di Equilibradament, gratuiti, ma che prevedono, in cambio, che i partecipanti si facciano coinvolgere in una qualunque delle altre attività del quartiere. Per poter fare una valutazione complessiva degli effetti di questi progetti sono decisamente più lunghi rispetto a quelli disponibili per una ricerca come questa, ma intervistando le persone che hanno partecipato ai laboratori e poi hanno scelto di proporle a loro volta, sicuramente viene percepito positivamente, e spesso accolto, l'invito ad allacciare nuove relazioni sociali nel quartiere.

Ciò che è più interessante in questo esempio è la chiara distinzione che viene a galla tra forme partecipative che prevedono un coinvolgimento passivo e quelle che invece tendono all'attivazione della cittadinanza. Senza entrare qui nel merito del dibattito sulle forme della partecipazione politica e sociale, è utile cogliere come l'esempio portato racconti un'esperienza in cui l'elemento di salute relativo alla partecipazione non è tanto la semplice presenza in momenti collettivi, ma è l'avvio di un processo di responsabilizzazione nei confronti della collettività.

Il tema della partecipazione è dunque strettamente legato al concetto di *relazioni* ed entrambi assumono un ruolo specifico nelle proposte alternative di "fare salute". Provando a riassumere brevemente le diverse sfumature con cui questo concetto viene utilizzato nei contesti considerati, è emerso ad esempio che quando gli intervistati fanno riferimento a questo concetto, si riferiscono in primo luogo al tema della coesione sociale, della costruzione di comunità locali che possano essere spazio di costruzione di un'alternativa. Vi è poi la relazione intesa in termini più o meno conflittuali con le istituzioni, sia politiche che sanitarie. Nel concetto di relazioni sono racchiuse anche le dinamiche di confronto e co-costruzione dei progetti tra operatori e attivisti e si potrebbe fare riferimento anche alle relazioni tra saperi così come descritte in precedenza senza tralasciare che il tema delle relazioni emerge tra gli intervistati anche per riferirsi alla capacità di costruire continuità relazionale e promozione sociale. Si vuole qui accennare anche alle relazioni genealogiche delle esperienze considerate. Se i riferimenti storici per entrambi i casi di studio sono stati accennati nei due capitoli d'analisi, in conclusione di questo lavoro si può ritenere che non sempre e non per tutti gli attivisti o le persone coinvolte dalle attività studiate c'è piena consapevolezza o volontà di inserirsi entro una sorta di tradizione mutualistica. Sicuramente nel caso catalano un peso specifico in questo senso deriva dai decenni di dittatura e dalle contrapposizioni politiche che si sono sviluppate tra comunità autonome e stato centrale, e il referendum indipendentista della Catalogna del 2017 ne è un esempio. Anche per ciò che riguarda Napoli, nonostante tutti gli attivisti intervistati collochino in un

processo più ampio la loro attività odierna, non tutti si richiamano esplicitamente a tradizioni mutualistiche decennali quando in realtà, come si è visto in precedenza e come testimoniato da alcuni osservatori privilegiati, le esperienze di solidarietà e mutualismo sono molto radicate e diffuse da decenni ben oltre i confini del centro storico.

È stato molto utile anche fare riferimento al binomio *autonomia/assistenza* perché nel corso della ricerca ha assunto un certo rilievo comprendere come la prospettiva verso cui le esperienze considerate propendono maggiormente influisce sulle pratiche realizzate e sull'idea di salute che ne emerge. Questo binomio è posto come tale perché, al di là della specificità dei due concetti, sintetizza efficacemente due -estremi- orizzonti possibili degli interventi sulla salute e mette in evidenza come sia necessario tenere sempre presente non solo il ruolo del singolo medico, ma anche le implicazioni delle scelte organizzative che vengono compiute.

In particolare, analizzando i casi oggetto di questo studio ha cominciato ad emergere una domanda rispetto allo scopo che dovrebbe darsi un servizio rivolto a migliorare le condizioni di salute delle persone. L'interrogativo principale rispetto a questo passaggio è se le esperienze di salute istituzionali, ma anche quelle autogestite prese in esame, siano funzionali alla costruzione dell'autonomia del paziente o contribuiscano piuttosto a incentivare forme di dipendenza. Come si è visto nelle elaborazioni critiche, in particolar modo in quelle transfemministe più recenti (Busi e Fiorilli, 2014; Non una di meno, 2017), la rivendicazione del diritto alla salute è associato alla possibilità di autodeterminarsi e di compiere scelte in modo consapevole e libero. Dunque, è in questa prospettiva che ci si chiede se queste esperienze offrano strumenti per contribuire a processi di soggettivazione oppure finiscano per dare risposte che di fatto costruiscono vincoli assistenziali. Come si è accennato anche in chiusura del quarto capitolo, non è possibile prescindere dalle condizioni materiali e dal contesto in cui le varie esperienze sono calate, perché questo incide significativamente anche sullo scopo ultimo che queste iniziative si danno, ma ciò che interessa qui è quanta consapevolezza c'è di questi meccanismi sia tra chi propone le iniziative che tra chi le "utilizza". È molto interessante in questo senso la riflessione fatta dalle intervistate barcellonesi a proposito dei corsi del progetto Equilibradament che sono stati concepiti come brevi percorsi, di pochissimi appuntamenti ciascuno proprio per evitare che vengano percepiti come sostegni a lungo termine e inneschino meccanismi di dipendenza con le attività del Piano o i servizi in esso coinvolti. Lo scopo esplicito è quello di costruire relazioni e far partecipare gli abitanti del quartiere alla vita pubblica, dunque è questo che fa da fondamento alla volontà di dotare ciascuna delle persone coinvolte di strumenti utili a muoversi autonomamente. E dunque, andando oltre l'esempio specifico, considerare questo doppio legame per cui stare bene permette un maggior grado di autonomia e

potersi autodeterminare permette di migliorare la propria percezione di salute, porta a dover individuare strategie che incentivino questo processo. Sembrerebbe insomma che, per seguire questo ragionamento, ci sia da operare un ribaltamento rispetto a ciò che avviene oggi nel servizio sanitario in cui, con farmaci e diagnosi, vengono fornite risposte più che interrogate le condizioni di partenza per avviare percorsi di autonomizzazione. A questo proposito è interessante includere un aspetto emerso soprattutto sulla scorta delle posizioni del Comitato di Lotta per la Salute Mentale di Napoli relativamente ha chi ha diritto di parola sulla salute e sulla malattia. Ciò che viene posto in questione è propriamente la rivendicazione della propria autonomia e questo non solo in riferimento a chi si considera, o è considerato, “in salute”, ma anche in condizioni di malattia. Se su questo la riflessione relativa alla salute mentale ha delle origini storiche più radicate, sarebbe importante riuscire ad articolarla anche per quanto riguarda la salute in termini più generali³³⁵. Ad ogni modo questo aspetto è anche estremamente delicato perché si presta ad essere associato al tema della responsabilizzazione dell’individuo rispetto al proprio stato di salute. Ad esempio, in un’intervista fatta a Barcellona³³⁶ è emerso come frequentemente gli interventi di prevenzione della salute ed in modo particolare le campagne pubbliche si concentrino sull’individuazione e stigmatizzazione di comportamenti individuali che mettono a rischio la salute della persona piuttosto che su una promozione della salute complessiva in cui tutti i fattori vengono considerati. Si produce così un meccanismo di *victim blaming* che attribuendo alla persona la responsabilità della propria malattia nasconde i fattori sociali, economici e sistemici che intervengono sullo stato di salute di ciascuno.

Interrogativi aperti e considerazioni finali

Come si è provato a restituire attraverso questo percorso di indagine, il tema della costruzione sociale della salute si è rivelato foriero di molti stimoli che spesso hanno ecceduto i confini delle ipotesi formulate inizialmente e hanno fornito sfumature impreviste ad alcuni dei concetti considerati ai fini dell’analisi. Certo, questo rientra nella circolare produzione del processo di ricerca, ma come accennato nel terzo capitolo, il lavoro sul campo a Napoli in particolare ha mostrato come la ricchezza di iniziative e riflessioni presenti in quel contesto abbia contribuito ad estendere le direzioni di indagine possibili senza che fosse possibile, nel tempo a disposizione, rintracciarne i confini. È anche sulla scorta di questa constatazione e a seguito delle conclusioni relative all’analisi dei due studi di

³³⁵ Si è recentemente avviato anche in Italia l’approfondimento di questi aspetti in relazione alle condizioni di disabilità da un punto di vista di genere. Si vedano ad esempio i lavori di Elisa A.G. Arfini.

³³⁶ “dentro la salute pubblica quello che succede [...] è che quando facciamo più cose di prevenzione della salute, sono campagne per prevenire il tabagismo, le odio, non so... è il concetto di victim blaming” [L., Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona]. Si rinvia al capitolo 5 per ciò che concerne la situazione barcellonese.

caso che si intendono riprendere, prima di concludere questo lavoro, alcuni elementi affiorati nel corso della ricerca e che hanno portato a formulare nuovi interrogativi. La questione qui indagata infatti ha la peculiarità di essere stata solo relativamente di recente sollevata e sottoposta all'osservazione di sguardi plurimi, ma soprattutto difficilmente viene messa in discussione e collocata in un processo di costruzione sociale a partire dalla materialità di esperienze alternative a quelle dei sistemi sanitari.

Come si è provato a mostrare nel corso di questo lavoro, il concetto di *salute* che prevale nel senso comune odierno fa riferimento al mondo sanitario, al complesso dei servizi e dei trattamenti biomedici ed essa viene percepita come un *a priori*, qualcosa di costruito nella eburnea e infallibile torre del sapere esperto. Oggi il discorso biomedico occidentale ha una sorta di controllo monopolistico sulle possibili risposte ai bisogni di salute nonostante siano stati introdotti e confermati diversi modelli relativi ai determinanti sociali. Le proposte che emergono dai casi di studio sono variegate ma si è visto che tra gli intervistati vi sono punti di riferimento abbastanza comuni quando si tratta di definire cos'è la salute. Quasi tutti la intendono in termini molto estensivi rispetto al concetto invece più limitato di biomedicina, consapevoli dei determinanti sociali che intervengono sullo stato di salute e facendo riferimento soprattutto all'importanza dell'ambito relazionale e partecipativo della vita pubblica. A livello di esperienze territoriali questo ha mostrato come il rapporto con i medici, intesi esclusivamente in quanto professionisti sanitari sia, a parte forse il caso dei momenti di sportello dell'Ambulatorio Popolare dell'ex-OPG e del Presidio di Salute Solidale, molto marginale. Lo stesso Presidio di Salute affianca alle attività di visita una riflessione sulla figura dei promotori di salute, cioè di persone tendenzialmente molto integrate nella vita dei quartieri, ma non necessariamente formate in ambito sanitario, che hanno il compito di raccogliere i bisogni della comunità, intervengono per fornire informazioni relativamente ai servizi a disposizione sul territorio e sono delle figure di riferimento che seguono l'evoluzione di un contesto e dunque possono essere i primi a cogliere situazioni di difficoltà o trasformazioni in corso.

È bene precisare come questi tratti distintivi non accomunino tutte le realtà esaminate, ma le riuniscano in sottoinsiemi variabili che permettono qualche riflessione aggiuntiva. Ad esempio, a partire dalla constatazione di una comune idea di salute orientata al sociale c'è un rifiuto, trasversale alle esperienze, dei meccanismi di medicalizzazione dei problemi sociali. Questa consapevolezza e le conseguenti scelte di intervento però devono arrivare in profondità perché se no il rischio è che si tenga sì conto dei determinanti sociali di salute, ma che lo si faccia da un lato responsabilizzando o colpevolizzando il paziente per i suoi comportamenti individuali, dall'altro senza tenere conto delle disuguaglianze che attraversano le società. Ciò che è alla base dell'intervento biomedico è l'idea che il paziente sia sostanzialmente una sommatoria di organi su cui il medico deve intervenire in maniera

specifica, “chirurgica” appunto, e questo implica una sostanziale disattenzione alla storia personale del paziente, al contesto in cui vive, eccetera. L’approccio comunitario che aleggia, pur senza una codificazione univoca, nelle sperimentazioni di laboratori sulla sessualità o di momenti di confronto sui vaccini nelle sale d’attesa, ma anche di costruzione condivisa delle iniziative contro la chiusura di un presidio sanitario in un’area senza altri servizi di questo tipo, si muove in direzione esattamente contraria. Strettamente collegato a questo vi è il riconoscimento del rapporto che intercorre tra la salute individuale e quella collettiva riconoscendo come l’attestazione di un intervento sulla salute della collettività permetta un miglioramento delle condizioni di salute del singolo.

Una riflessione ulteriore deriva dal tentativo di cogliere possibili correlazioni tra i principi ispiratori della medicina sociale e quelli dell’approccio femminista alla salute. Se dal punto di vista teorico l’indagine iniziale sulle proposte di ciascuna delle due correnti ha mostrato diversi richiami reciproci, come ad esempio la decostruzione del ruolo medico-paziente o l’approccio non patologizzante ai fenomeni sociali, ciò su cui si è provato a porre l’attenzione è stata la verifica del se e come questi due ambiti si fossero incontrati e fusi nelle esperienze pratiche nate negli ultimi anni. Le sperimentazioni considerate mostrano come ciascuno di questi casi prende avvio dalla volontà di intervenire sulle condizioni di salute della popolazione di riferimento, ma senza una specifica attenzione ad un approccio di genere. Altrettanto va però notato che nel corso dell’evoluzione delle esperienze, a Napoli, o nello sguardo di chi ha progettato l’intervento, a Barcellona, è molto presente non solo la sensibilità relativamente al ruolo del genere nella definizione della salute, ma anche una tensione a considerare la teoria femminista critica sulla salute.

Si è inoltre rivelato molto stimolante, come accennato nelle riflessioni parziali del quinto capitolo, provare a leggere le sperimentazioni di salute comunitaria con un approccio di genere per comprenderne limiti e potenzialità. Se dunque da un lato, questa modalità di costruzione di spazi di salute permette sia di rimanere agganciati agli aspetti non sanitari, e quindi di agire sui determinanti sociali della salute, dall’altro pone degli interrogativi sugli effetti che può produrre a lungo termine. Uno in particolare è quello relativo al rischio di dare priorità alla costruzione di relazioni senza riuscire a qualificarle. Pur riconoscendo il valore in sé di una dimensione relazionale a fronte di situazioni di isolamento e solitudine, è necessario tenere presente che i legami che si vanno a costruire attraverso questi percorsi non sono neutri, ma risentono dei rapporti di forza e delle costruzioni sociali presenti nella comunità in cui si inseriscono. Diventa quindi necessario, proponendo un approccio comunitario alla salute, porre un’attenzione particolare alla decostruzione dei ruoli di genere così come a tutte quelle dinamiche che incentivano il perdurare delle disuguaglianze. A Poble Sec ad esempio la Commissione convivenza, e tante associazioni territoriali, sono molto attente a decostruire

stereotipi e pregiudizi e sarebbe interessante capire come gli effetti di questo lavoro si intreccino con le attività delle altre commissioni, in primis quella Salute. In termini più generali ciò che appare evidente è come queste sperimentazioni siano preziose per quanto riguarda la capacità di concentrare l'attenzione sulle tematiche relative alla salute e stimolando la partecipazione attiva delle e dei cittadine/i, ma beneficino in modo probabilmente decisivo, di contesti sociali in cui sono presenti altre dimensioni di intervento sociale che non vengono ricondotte alla sfera della salute – proprio perché manca uno sguardo olistico sul benessere – ma che si rivelano preziose per arricchire il tessuto sociale.

Recuperando in parte quanto accennato relativamente alla prima ipotesi e dunque al ruolo giocato dalle amministrazioni cittadine, si vuole qui riprendere il fatto che a Barcellona vi è un'attenzione particolare all'approccio che l'OMS definisce della “salute in tutte le politiche”. L'Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona fa esplicito riferimento a questo orientamento e in quel contesto, come si è visto, sembrano delinearsi le congiunture per sperimentare in pratica questa modalità di intervento attraverso la collaborazione con l'attuale amministrazione della capitale catalana. L'intervento politico sui fattori che influiscono sulla salute è sicuramente una strategia necessaria a migliorare lo stato di salute della popolazione, ma rimane da chiedersi se questa sia anche sufficiente a incrementare il livello di benessere generale. Ciò che si vuole mettere in evidenza è un elemento di criticità dell'approccio dei determinanti sociali di salute e in particolare il rischio che essi, pur ovviamente permettendo uno sguardo olistico dei fattori che influiscono sulla salute, non prendano in considerazione le disuguaglianze in salute e le cause scatenanti di queste disuguaglianze. Vista soprattutto la situazione di partenza dei sistemi sanitari e della generale percezione di cosa sia salute, è sicuramente prezioso il contributo di un intervento capace di spostare l'attenzione da un approccio biomedico e riduzionista verso uno sguardo che include tutti gli altri fattori. Ciò che però questo apporto rischia di innescare è un intervento solo parziale, superficiale, che cristallizza i fattori sociali che intervengono sulla salute invece che spingersi oltre e intervenire sulle cause che portano alle disuguaglianze in salute. Sarebbe forse più preciso, in questo senso, ragionare sui determinanti sociali delle disuguaglianze in salute così da poter considerare in questo ragionamento non solo gli epifenomeni e le strategie per la loro riduzione, ma anche i rapporti di forza, le gerarchie e le condizioni di privilegio/svantaggio che agiscono nelle società e hanno ricadute sullo stato di salute delle persone. Anche in questo caso può essere colto un parallelismo con le riflessioni femministe che a lungo si sono interrogate su questo punto, ad esempio analizzando il rapporto tra saperi esperti e saperi esperienziali e rispettivi ruoli all'interno della società, mettendo in relazione questo aspetto con la riproposizione di ruoli stereotipati e la necessità di aumentare il livello di consapevolezza di

ciascuna (e ciascuno, si potrebbe aggiungere) rispetto al proprio corpo e al proprio stato di benessere soggettivo e relazionale.

In conclusione

Ciò che emerge al termine di questo lavoro di ricerca è soprattutto la necessità di dare nuovo spazio al dibattito sulla salute alla luce delle trasformazioni sociali intercorse degli ultimi anni e delle possibilità che le sperimentazioni in atto stanno aprendo.

Obiettivo di questa indagine è stato comprendere se la biomedicina fosse l'unica opzione possibile per rispondere ai bisogni di salute e ciò che si può dire al termine di questo lavoro, attraverso quanto emerso dall'esame dei due studi di caso, è che non solo sembra non esserlo, ma è difficile dare per scontato che essa sia la migliore opzione possibile.

È infatti necessario riconoscere i meriti della biomedicina e i progressi fatti negli ultimi decenni perché hanno permesso un formidabile miglioramento delle conoscenze in ambito sanitario sia come capacità diagnostica che come elaborazione di cure, ma concentrarsi su questo aspetto nasconde alla vista il fatto che la salute è solo minimamente influenzata dai servizi sanitari e risente piuttosto di un cospicuo numero di determinanti sociali su cui però non è previsto un intervento strutturale.

Attraverso l'esame del processo di costruzione sociale della salute nei contesti locali e il relativo processo della sua ridefinizione negli ambiti considerati, è emersa la necessità di un rovesciamento di prospettiva che rompa l'immaginario di una salute confinata all'ambito individuale per rimetterne al centro la dimensione sociale. Ciò significa costruire alternative alla medicalizzazione dei disagi sociali per trovare risposte non farmacologiche e che siano in grado di intervenire sulle cause a monte dello stato di disagio. Al contempo significa far sì che i servizi sanitari, per ciò che concerne loro, siano messi nelle condizioni di garantire l'universalità sostanziale nell'accesso. In questo senso, tenendo conto della genesi dei bisogni e delle istanze di salute così come qui descritti, emerge chiaramente il contrasto con il processo di mercificazione della salute innescato e sostenuto dalle scelte politiche neoliberiste odierne.

È sulla falsariga di queste riflessioni che possono aprirsi ulteriori percorsi di ricerca anche in chiave multidisciplinare. Sarebbe interessante seguire nel corso dei prossimi anni le conseguenze e le opportunità scaturite dal riconoscimento agli amministratori locali di funzioni autonome per quanto riguarda la salute. Altrettanto potrebbero essere approfonditi gli aspetti relativi ai rischi di cooptazione delle pratiche autogestite di salute. Allo stesso tempo, si potrebbe procedere con un approfondimento sulle conseguenze della crescente discrepanza tra universalità formale e sostanziale.

Grazie alla ricchezza di stimoli e alla varietà di spunti emersi dal contesto napoletano così come dalle esperienze di Poble Sec, è maturata la convinzione che ciò che è rilevante oggi non debba essere tanto l'individuazione di una nuova definizione di salute, quanto riconoscere la molteplicità delle proposte esistenti e fondate su presupposti comunitari per cogliere la possibilità di fare di *salute* un concetto aperto, cangiante. Del resto, come si è visto, esso è fortemente influenzato dal contesto sociale in cui viene elaborato. Se ne potrebbero dunque valorizzare le potenzialità a partire proprio dal riconoscimento del fatto che sia costruito e sviluppato entro processi reali, anche assumendo il rischio di contraddizioni che questo può comportare.

Secondo quanto emerso dai casi studiati, ingenerare salute significa soprattutto centrare l'attenzione su una prospettiva processuale, dare centralità alle relazioni mettendo l'accento non più esclusivamente sulle procedure ed i risultati immediatamente contabilizzabili tipici della biomedicina, ma anzi provando a ricomprendere la molteplicità di valori, soggetti, competenze e pratiche esistenti nei contesti reali.

Se, come sembra, il cuore del problema si è rivelato essere il modo con cui le società rispondono ai bisogni di salute, il fatto che la definizione di questo concetto sia processuale implica anche riconoscere che non esiste un'unica risposta valida, un'unica salute possibile, ma che essa dipende dal contesto sociale in cui prendono forma le domanda di salute e che dunque vi è lo spazio per costruire proposte innovative. Inoltre, riconoscendo come questi bisogni abbiano una significativa componente relazionale, la formulazione di risposte deve tenere conto dei rapporti di potere che attraversano la società. È in questo senso che si può ritenere che per ingenerare salute sia necessario uno sguardo intersezionale sulle relazioni sociali che attraversano e costituiscono le reti locali. Nello spirito con cui le sperimentazioni esaminate sono state avviate, si ritiene sarebbe molto importante che un futuro lavoro di approfondimento su questi temi non si limitasse ad un confronto accademico, ma coinvolgesse fin da subito chi è attivo in questi processi perché per fare salute, come ha detto una delle intervistate, quello che conta non è agire per la comunità, ma è agire con la comunità.

Bibliografia

“La Mensa di Montesanto? Storie da Dickens”, in Corriere del Mezzogiorno – Napoli, 11 aprile 2013, modificata il 19 aprile 2013

“Fiorenza: vi racconto la mensa di Montesanto e i suoi bambini rivoluzionari”, in Corriere del Mezzogiorno – Napoli 10 aprile 2013, modificata il 23 maggio 2013

“Intervista al collettivo politico dell’ex OPG *Je so pazzo* di Napoli”, La città futura, 27 gennaio 2018

Aime M., Il primo libro di antropologia, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino 2008

Almeida Filho N. e Paim J. S., *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*, in “Cuadernos médico sociales”, 75, maggio 1999, pp. 5–30

Álvarez-Dardet C. et al., *Improving the evidence base on public health assets. The way ahead: a proposed research agenda*, in “Journal of Epidemiology Community Health”, 69, 2015, pp. 721–723

Artazcoz L., Oliva J., Escribà-Agüir V., e Zurriaga O., *La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España, Informe SESPAS 2010*, in “Gaceta Sanitaria”, 24, dicembre 2010, pp. 1–6

Atkinson P., *Medical Talk and Medical Work*, Sage, Londra 1995

Autori Vari, *Donna salute e lavoro*, Mazzotta, Milano 1975

Autori Vari, *L’emergenza amianto in un’area urbana: l’esperienza di Bari*, Ep Quaderni, anno 31 gennaio-febbraio 2007

Autori Vari, *Medici senza camice pazienti senza pigiama. Socioanalisi narrativa dell’istituzione medica*, Sensibili alle foglie, Roma 2013

Bacigalupo A., *La circolarità riflessiva nelle fasi della ricerca sociale. Dottorato in Sociologia applicata e metodologia della ricerca sociale – XXII ciclo.*, 2007

Backwin H., *Pseudodoxia Pediatrica*, in “The New England Journal of Medicine”, 1945

Balch O., *Buen vivir: the social philosophy inspiring movements in South America*, in “The guardian”, 4 febbraio 2013

Basaglia F., *L’istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968

Basaglia F., *La pratica anti-istituzionale*, in *Lega Obiettori di Coscienza* (a cura di), Il servizio civile in Italia, Savelli, Roma, 1976

Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano 2018

Basaglia F., Basaglia Ongaro F., *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino 1971

Basaglia Ongaro F., *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Alpha & Beta edizioni, Merano 2012

Basaglia et al., *La salute in fabbrica*, vol I, Savelli, Roma 1974

Bastelli G., *Tutto continua per fortuna a mozzichi e bocconi, e a grandi schiaffoni!* a cura di Capece F, e Stelliferi P., in “Zapruder” 38, dicembre 2015

Berlinguer G., Geddes M. (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1997*, Ediesse, Roma 1997

Bert G., *Il medico immaginario e il malato per forza*, Feltrinelli, Milano 1974

Beveridge W. H., *The Beveridge Report*, 1942

Biancheri R. e Cervia S., (a cura di), *La costruzione della salute nel welfare socio-sanitario*, Atti del VI Congresso nazionale della Società Italiana di Sociologia della Salute, Pisa University Press, Pisa 2016

Bohígas L., *La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, in “Gaceta sanitaria”, 17(4), 2003, pp. 316-318

Bonfiglioli C. et al., *La straniera. Informazioni sito-bibliografiche e ragionamenti su razzismo e sessismo*, Ed. Alegre, Roma 2006

Bourdieu P., *La parola e il potere: l’economia degli scambi linguistici*, Guida, Napoli 1988

Bourdieu P. e Wacquant L., *Risposte. Per un’antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino 1992

Bove A., *Party, cartoni e formiche. Il dibattito estivo sulla sanità*, in “Napoli Monitor,” 12 settembre 2018

Brambilla A. e Maciocco G., *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche*, Carocci, Roma 2016

Brody H., Waters D. B., *Diagnosis is treatment*, in “The Journal of family practice”, 10(3), 1980 pp. 445-9

Busarello R., *Diversity management, pinkwashing aziendale e omo-neoliberismo. Prospettive critiche sul caso italiano*, in Zappino F. (a cura di), *Il genere tra neoliberismo e neofondamentalismo*, Ombre corte, Verona 2016

Busi B. e Fiorilli O., *Introduzione. Per una prospettiva (trans)femminista sulla salute ai tempi del neoliberismo*, in “DWF”, 103-104, 2014

Caffentzis G. e Federici S., *Commons against and beyond capitalism*, in “Upping the Anti: a Journal of Theory and Action”, 15, settembre 2013, pp. 83–97 ed. it. *Creare beni comuni e mondi nuovi*, in “Comune-info”, 29 dicembre 2015

Camplone I. e Tufano S., *Il movimento della medicina sociale/salute collettiva latinoamericana*, in “Salute Internazionale”, 15 novembre 2012

- Canguilhem G., *Le normal et le pathologique, augmenté de Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*, 1966, trad. it. *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998
- Canguilhem G., *Sulla medicina. Scritti 1955-1989. Con un saggio di François Dagognet*, Einaudi, Torino 2007
- Cannavò S., *Mutualismo. Ritorno al futuro per la sinistra*, Edizioni Alegre, Roma 2018
- Capacchione T., *Primavera 180. Le lotte e le esperienze psichiatriche alternative nella stampa quotidiana*, Sensibili alle foglie, 2018
- Cardano M. e Costa G., *Classi sociali e salute. Le diseguaglianze di mortalità a Torino*, in “Quaderni di Sociologia”, XLII, n. 17, 1998, pp. 86-121
- Cardano M., *Ricerca sociale. Glossario minimo*, Libreria Stampatori Torino, Torino, 2004
- Cardano M., *Diseguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in “Polis”, 2008
- Cardano M., *La ricerca sociale sulla salute. Una concisa riflessione fra metodo ed epistemologia*, in Ingrosso M. (a cura di), *La salute per tutti. Un’indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, Franco Angeli, Milano 2015, pp.45-53
- Carrino L., *Il Centro di Medicina sociale di Giugliano*, in “Audit News” ASL Salerno, maggio 2015
- Cartabellotta A., *Sanità pubblica e tagli. Cronaca di una morte annunciata*, in “Huffington Post”, 22 settembre 2015
- Casadei R. et al., *Palestre di salute comunitaria*, in “Comune-info”, 20 dicembre 2015
- Casson F., *La fabbrica dei veleni. Storie e segreti di Porto Marghera*, ed. Sperling & Kupfer
- Cavallaro L., *Il nome e la cosa. Quale storia per lo “stato sociale”?* in “Zapruder”, 14, dicembre 2007, pp. 25-40
- Cavicchi I., *In morte del servizio sanitario nazionale*, in “Il Manifesto”, 26 gennaio 2019
- Cazzullo A., *I ragazzi che volevano fare la rivoluzione*, Sperling&Kupfer, Milano 2006
- Centro per la Salute della Donna di Padova, *Insieme contro*, CELUC, Milano 1974, pp. 137-141
- Charon R., *Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust*, in “JAMA”, 15, 2001, pp. 1897-1902
- Cirillo F. e Pacchiano L., *Marlane. La fabbrica dei veleni*, ed. Coessenza, Torino 2011
- Cirillo G., *La gestione della sanità*, in *Lo stato della città. Napoli e la sua area metropolitana*, Monitor, Napoli 2016, pp. 316-22
- Cofiño R., et al., *Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales?*, in “Gaceta Sanitaria” 2016

Colombo A., Etnografia di un'economia clandestina. Immigrati algerini a Milano, Il Mulino, Bologna 1998

Consultoria Queer Bologna, *Ormonautica. Le favolose avventure della consultoria queer nel mondo degli ormoni "sessuali"*, in "DWF", 103-104, 2014

Costa G., Diseguaglianze nella salute Nord-Sud Italia, in "Salute Internazionale", 21 novembre 2011

CSA Madrid, ¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios, Traficantes de sueños, Madrid 2010

CSDH, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Ginevra 2008

Curcio R., Prette M., Valentino N., La socioanalisi narrativa, Sensibili alle foglie, Roma 2012

Dahlgren, G., e M. Whitehead, Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Institute for Futures Studies, Stoccolma 1991

Dardot P., Laval C., Del comune, o della rivoluzione nel XXI secolo, Derive Approdi, Roma 2015

Davis A., Donne, razza e classe, Ed. Alegre, Roma 2018

De Beauvoir S., Il secondo sesso, Il Saggiatore, Milano 2012, ed. fr. Le Deuxième Sexe, 1949

De Maeseneer, J. et al., Primary Health Care as a Strategy for Achieving Equitable Care: A Literature Review Commissioned by Health System Knowledge Network, World Health Organization, marzo 2007

De Sario B., Lenzi A., *Welfare dal basso. Il benessere fuori dall'ordine*, in "Zapruder", 38, dicembre 2012

De Vogli R., Renzetti N., *The Potential Impact of the Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) on Public Health?*, in "Epidemiologia & Prevenzione", 40(2), 2016

Del Re A., *Alcuni appunti sulla riproduzione sociale*, in "Viewpoint Magazine", 5 - Social reproduction, novembre 2015

Desviat M., Cohabitar la diferencia, Editorial Grupo 5, Madrid 2016

Di Dato M., Sulla riqualificazione ambientale e urbanistica di Bagnoli, in Rossomando L. (a cura di), Lo stato della città, Ed. Monitor, Napoli 2016, pp. 46-66

Diffidenti E., Eurispes-Enpam: ci sono precariato e inefficienze ma il Ssn non è al collasso, Il Sole 24 ore - Sanità 24, 18 dicembre 2017

Durkheim, É., De la division du travail social, Paris 1893, tr. it. La divisione del lavoro sociale, Milano 1962

Ehrenreich, B., e English D., *Witches, Midwives, and Nurses*, 1973 ed. it. *Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna*, CELUC, Milano 1975

Epp J., *Achieving health for all. A framework for health promotion*, in "Health Promotion", Oxford University Press, vol. 1, n. 4 1987

Ergas Y., *Fra le maglie della politica. Femminismo, istituzioni e politiche sociali nell'Italia degli anni '70* Franco Angeli, Milano 1986

Evlampidou I, Kogevinas M., *Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement*, in "Gaceta sanitaria", 2017

Facchini L.A., Pereira Nunes B., *Las complejas relaciones entre crisis economica y salud: la mortalidad general disminuye pero el problema no està resuelto*, in "Salud Colectiva" 10, 1, aprile 2014, pp- 98–101

Fainzang S., *Farmaci e società. Il paziente, il medico e la ricetta*, Franco Angeli, 2001

Ferrera M., *Le trappole del welfare*, Bologna, Il Mulino 1998

Ferrera M., *Le politiche sociali*, Il Mulino, 2012

Ferrera M., Fargion V., Jessoula M., *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Marsilio, Venezia 2012

Festa F. A., *L'alchimia ribelle napoletana. Materiali per una storia della città antagonista*, in *Potere e società a Napoli a cavallo del secolo. Omaggio a Percy Allum*, a cura di O. Cappelli, ESI, Napoli 2003, pp. 381-423

Flora P., Heidenheimer A. J., *The Development of Welfare States in Europe and America*, 1981 trad. it. *Lo sviluppo del welfare state in Europa*, Il Mulino, Bologna 1983

Foucault M., *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, 1963 trad. it. *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico*, Einaudi, Torino 1969

Foucault M., *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, 1975 trad. it. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1976

Foucault M., *L'Ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*, 1971 trad. it. *L'ordine del discorso*, Einaudi, Torino 2008

Franco G., *La lezione di Bernardino Ramazzini, medico sociale e scienziato visionario*, in *Atti e memorie - Accademia nazionale di scienze, lettere e arti*, Modena 2016

Frenk J., Gómez-Dantés O., Langer A., *A Comprehensive Approach to Women's Health: Lessons from the Mexican Health Reform*, in "BMC Women's Health" 12, 1, dicembre 2012

Fuxia Block, *Queersultoria: esperimenti di welfare dal basso per un nuovo diritto alla salute e alla vivibilità*, in "DWF", 103-104, 2014

Gallo P., Gené-Badia J., *Cuts drive health system reforms in Spain*, in "Health Policy" 113, 2013, pp. 1–7

Gatti F., *Ecco come vengono torturati i migranti in Libia: i referti shock della "pacchia"*, in "L'Espresso", 27 giugno 2018

Gerlis N., Healthcare Reform in Italy and Spain. Do these tax-financed, decentralised systems facilitate better reform implementation than in the NHS?, Civitas: Institute for the Study of Civil Society, novembre 2015

Ghione P., *Quando si rompe la comunità, si rompe il mondo?*, in "Zapruder", 11 dicembre 2006

Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D., *"The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010"*, in "European Journal of Public Health", 23, 1, febbraio 2013, pp. 103–108

Giorgetti R., Legislazione e organizzazione del servizio sanitario, ed. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna 2016

Gobo G., Il disegno della ricerca nelle indagini qualitative, in Melucci A. (a cura di), *Verso una sociologia riflessiva. Ricerca qualitativa e cultura*, Il Mulino, Bologna 1998, pp. 79-102

Goldstein K., *La structure de l'organisme*, Gallimard, Parigi 1951

Good B. J., *Medicine, Rationality, and Experience: An anthropological perspective*, 1994 trad. it. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino 2006

Good, B. J. *Gli studi culturali nelle bioscienze, nella biomedicina e nella biotecnologia* in Donghi P. (a cura di) *Il sapere della guarigione*, Laterza Spoleto 1996

Goodman R. A., Bunnell R., Posner S. F., *What is "community health"? Examining the meaning of an evolving field in public health*, in "Preventive Medicine" 67, S58–S61, 2014

Graham H. *Caring: A Labour of Love*, in Finch J., Groves D. (a cura di), *A Labour of Love: Women Work and Caring*, London Routledge and Kegan Paul, 1983

Granda E., *¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?*, in "Revista Cubana de Salud Pública" 30, 2 giugno 2004

Greenhalgh, e Hurwitz, (a cura di), *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, Londra 1998

Grup-pa, *Le parole del comune in salute*, 2018

Guix J. Et al., *Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona*, in "Gaceta Sanitaria", 22, 3, maggio 2008, pp. 267–74

Haraway D., *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and Privilege of Partial Perspective*, in "Feminist Studies" 14, 3, autunno 1988, pp. 575–99

Harding, Sandra. *The Science Question in Feminism*, Cornell University Press, Ithaca, 1986

Hawkes S. e Buse K., *Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths*, in "Lancet" 18, 381, Maggio 2013 pp. 1783-7

Health Canada, The Health Canada policy toolkit for public involvement in decision-making. Ottawa, Health Canada 2000

Horton R., *Public Health or Social Medicine? It Matters*, in "Lancet", 382 novembre 2013

Huber M. et al., *How should we define health?*, in "British Medical Journal", p. 343, 2011

Ierna R., *Dalla psichiatria alla salute mentale. Un'ipotesi di ricerca sul destino del movimento anti-istituzionale italiano*, in "Il lavoro culturale", 29 luglio 2014

Illich I., *Limits to medicine-Medical Nemesis: the expropriation of health*, 1976 trad. it. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977

Ingrosso M., *Ecologia sociale e salute. Scenari e concezioni del benessere nella società complessa*, Franco Angeli, Milano 1994

Ingrosso M. (a cura di), *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, Franco Angeli, Milano 2015

Ingrosso M. e Vicarelli G., *Nascita ed evoluzione della sociologia della salute italiana*, in Ingrosso M. (a cura di), *La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia*, Franco Angeli, Milano 2015, pp. 13-44

Institute for the future (IFTF), *Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge*, Jossey-Bass, Princeton 2003

Intermann K., *Feminism, Underdetermination, and Values in Science*, in "Philosophy of Science", 72 (5), 2005, pp. 1001-1012

Istat, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 28 gennaio 2016.

Istat, *Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea*, 26 settembre 2017

Jourdan C., *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi*, La Salamandra, Milano 1976

Kazepov Y., Barberis E. (a cura di), *Il welfare frammentato. Le articolazioni delle politiche sociali italiane*, Carocci, Roma 2013

Kazepov Y. Carbone D., *Che cos'è il welfare state*, Carocci, Roma 2007

Kondilis E. et al., *Privatizing the Greek health care system: a story of corporate profits and rising health inequalities*, in Lister J. (a cura di) *Europe's Health for Sale. The heavy cost of privatization*. Publishing Ltd. 2011, pp. 29-43

Koyama E., *The Transfeminist Manifesto*, 2003

Kretzmann J., McKnight J., *Building communities from the inside out: a path to finding and mobilising a community's assets*, ABCD Institute, Illinois, 1993, p. 376

Lapucci C., *Dizionario dei proverbi italiani*, Mondadori, Milano 2007

- La Parra D., Alvarez-Dardet C., *Relacion entre crisis economica y salud: lo relevante son las politicas de austeridad?*, in “Salud Colectiva”, 10, 1, aprile 2014, pp. 92–94
- Lambiase S., Zappalà A., Napoli al tempo del colera, La storia siamo noi, documentario RAI, agosto 1973
- Leonzi S., La salute tra norma e desiderio, Meltemi, Roma 1999
- Maccacaro G., Lettera al Presidente dell’Ordine dei Medici della Lombardia, in Polack J.C., La medicina del capitale, Feltrinelli, Milano 1972
- Machenbach, J., *Income inequality and health*, in “British Medical Journal”, 2002, 324
- Maciocco G., *Crisi economica, sistemi sanitari e salute, Il caso Grecia*, in “Salute Internazionale”, 27 ottobre 2011
- Maciocco G., *Quando Ciampi salvò il Servizio Sanitario Nazionale*, in “Salute internazionale”, 19 settembre 2016
- Manoukian Olivetti F., Il consultorio difficile: esame di un’esperienza e guida per la realizzazione di un nuovo servizio sociale, De Donato, Bari 1980
- Materia E., *Primary health care. Ora più che mai*, in “Salute internazionale”, 26 gennaio 2009
- Melucci A., Verso una sociologia riflessiva. Ricerca qualitativa e cultura, Il mulino, Bologna 1998
- Michelino M. e Trollio D., Amianto: morti di progresso, ed. Del Faro.
- Moccia V., *La terra dei veleni*, in “Mosaico di pace”
- Morales E., Quintana B., Estudi del barri del Poble Sec, IGOP, ASPB, ICS, Barcelona, 2016
- Morgan A., Hernán M., *Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos*, in “Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria”, 15, 2013, pp. 78-86
- Morgan A., Ziglio E., *Revitalising the evidence base for public health: An assets model*, in “Promotion&Education”, 14, 17, 2007
- Movimento femminista di Venezia-Mestre, «Ciao, come stai?» - «Male...», Mestre, 5 marzo 1975
- Mura B., I consultori famigliari, in Del Re A., Perini L., Gender politics in Italia e in Europa, 2014
- Navarini G., La spirale della riflessività. Modi di pensare, questioni di metodo e pratiche di ricerca, Convegno AIS Sezione Vita Quotidiana, Milano 2008
- Navarro V., La medicina nel capitalismo, Feltrinelli, Milano 1976
- Navarro V., *Summary and conclusions of the study*, in “International Journal Health Services” 2003, 33(4), pp. 743-749

Negri A., Hardt M., Comune, Rizzoli, Milano 2010

Non una di meno, Abbiamo un piano, novembre 2017

Oliva J., Ruiz-Giménez J. L. e Segura J., *Què hacemos contra recortes y privatizaciones por un modelo universal y equitativo de la sanidad pública*, ed. Akal, Tres Cantos, 2014

OMS, *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinant of health*, Paper di discussione 2, 2010

OMS, *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*, 2006

Orwell G., *Omaggio alla Catalogna*, Mondadori, Milano 2002

Osmo A. Schraiber L. B., *O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição*, in “Saúde Soc.”, 24(1), São Paulo, 2015 pp.205-218

Paccagnella B., *L’evoluzione del concetto di salute*, in “Pace e diritti umani”, dicembre 2005

Paccagnella B., *Salute globale e medicina di comunità*, in “Pace e diritti umani”, dicembre 2010

Paci M., *Nuovi lavori, nuovo welfare. Sicurezza e libertà nella società attiva*, Il Mulino Bologna, 2005

Parmar D., Stavropoulou C., Ioannidis J., *Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review*, in “BMJ” 2016;354:i4588

Parsons T., *The social System*, 1951, trad. it. *Il sistema sociale*, Einaudi, Torino 1995

Percovich L., *La coscienza nel corpo. Donne, salute e medicina negli anni Settanta*, Fondazione Badaracco, Franco Angeli, Milano 2005

Perini L., *Il corpo del reato, BraDypUS (Quaderni Storicamente n. 4)*, Bologna 2014

Petracci M., *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell’Italia fascista*, Donzelli 2014

Petri S., *A partire dal Centro di Medicina Sociale di Giuliano*, in “Fogli d’informazione”, 5–6 giugno 2008, pp. 161–66

Piazza R., *La medicina del più forte. Pratiche e saperi medici nelle politiche coloniali in Mesoamerica*, in “Zapruder”, 6, pp. 9–27

Pickard A.J., *La ricerca in biblioteca. Come migliorare i servizi attraverso gli studi sull’utenza*. Ed. bibliografica, Milano 2010

Pieroni A., *Il figlio segreto del Duce. La storia di Benito Albino Mussolini e di sua madre, Ida Dalser*, Garzanti Libri, 2006

Pinto V., *Valutare e punire*, Cronopio, Napoli 2012

Pitch T., *Un diritto per due*, Il saggiatore, Milano 1998

Pizza G., *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma 2005

- Polack J-C, La medicina del capitale. Con una lettera al Presidente dell'Ordine di Giulio A. Maccacaro, Feltrinelli, Milano 1972
- Quaranta I., Antropologia medica. I testi fondamentali, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006
- Quaranta I., Ricca M., Malati fuori luogo. Medicina interculturale, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012
- Quarta A., Spanò A., (a cura di), Rispondere alla crisi. Comune, cooperazione sociale e diritto, Ombre Corte, Verona 2017
- Quattrocchi P., *Donne, riproduzione e salute comunitaria in un villaggio maya dello Yucatan (Messico)*, in "Zapruder", 11, settembre 2006, pp. 41–53
- Ranci C., Relazioni difficili. L'interazione tra ricercatore e attore sociale in Melucci A. (a cura di), Verso una sociologia riflessiva. Ricerca qualitativa e cultura, Il Mulino, Bologna 1998, pp. 33-54
- Ranci C., Politica sociale. Bisogni e politiche di welfare, Il Mulino, Bologna 2004
- Red PutaBolloNegraTransFeminista, Manifiesto para la insurreccion transfeminista, 2010
- Riccio M., Rinaldi A., *Salute e Movimenti, 1978-2015: recuperare la memoria storica per guardare al futuro*, in "Salute Internazionale", 30 marzo 2015
- Rinaldi A., Marceca M., *I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?*, in "Riflessioni sistemiche", 16, giugno 2017, pp. 104–19
- Rodotà S., Solidarietà, un'utopia necessaria, Laterza, Bari-Roma 2014
- Rossomando L. (a cura di), Lo stato della città. Napoli e la sua area metropolitana, ed. Monitor, Napoli, 2016
- Rubio Jiménez M., Tu salud, nuestro negocio, ed. Akal, Tres Cantos 2014
- Russo Krauss P., La salute dei napoletani, in Rossomando L. (a cura di) Lo stato della città, Monitor, Napoli 2016, pp. 308–15
- Ryle J., Changing disciplines: Lectures on the History, Method, and Motives of Social Pathology, Transaction Publishers, 1994
- Sackett D., *Evidence-based medicine* in "Seminars in Perinatology" 21, 1, febbraio 1997, pp. 3–5
- Sánchez Fernández A., *La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: nuevo intento de coordinación*, in "Revista de Administración Sanitaria" 5, 3, 2007, pp. 427–33
- Sánchez Fernández A., *La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud: nuevo intento de coordinación*, in "Revista de Administración Sanitaria", 5(3), 2007, pp. 427-433
- Sannucci C., La rivoluzione fatta dai bambini: la mensa, Napoli e il Perù, in Lotta continua: gli uomini dopo, Arezzo, Limina, 1999

Saruis T. e Catena L., Programmare e implementare le politiche sociali: tra discrezionalità istituzionale e discrezionalità operativa, paper presentato al convegno Espanet Milano 2011 - Innovare il welfare. Percorsi di trasformazioni in Italia e in Europa

Schettini L., Serafini V., *Precauzioni per l'uso*, in "Zapruder", 6, aprile 2005, pp. 2-7

Schwamenthal R., Straniero M.L., Dizionario dei proverbi italiani e dialettali, BUR, Milano 2005

Scirè G., L'aborto in Italia, Mondadori, Milano 2011

Senent-Josa J., *El X Congreso de medicos y biologos de lengua catalana*, in "Triunfo", anno XXXI, n. 717, 23 ottobre 1976, p. 46

Sengupta A., Bodini C., Franco S. (a cura di), Struggles for Health in Europe, Rosa Luxemburg Stiftung, Brussels Office

Serna R., El proceso de privatizacion en Cataluna. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalan, in CSA Madrid, ¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios, Traficantes de sueños, Madrid 2010, pp. 111-128

Silverman D., Come fare ricerca qualitativa, Carocci, Roma 2006

Simmel G., Soziologie, Duncker & Humblot, Lipsia 1908 tras. it. Sociologia: indagine sulle forme di associazione

Simone A. (a cura di), Suicidi. Studio sulla condizione umana nella crisi, Mimesis, Sesto San Giovanni 2014

Sparti D., *Epistemologia delle scienze sociali*, Il mulino, Bologna 2002

Springhetti P., *Lea, l'approvazione è un passo avanti? Le associazioni non ne sono convinte*, in "Redattore sociale", 13 gennaio 2016

Stefanini A., *Le condizioni socioeconomiche come determinanti di salute*, in "Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie" dossier 145-2007, Agenzia Sanitaria Regionale e Regione Emilia Romagna

Stellman J. M., Daum S. M., Lavorare fa male alla salute, Feltrinelli, Milano 1975

Talini S., *Piano casa Renzi-Lupi, art. 5: quando la cieca applicazione del principio di legalità contrasta con la garanzia costituzionale dei diritti fondamentali*, in "Costituzionalismo", 3 maggio 2014

Tapia Granados, J.A., *La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?*, in "Salud Colectiva" 10, 1, 2014, pp. 81-91

Targowla O., I medici dalle mani sporche, Feltrinelli, Milano 1978

The Boston Women's Health Book Collective. Noi e il nostro corpo. Scritto dalle donne per le donne, Feltrinelli, Milano 1974

Tognetti Bordogna M. (a cura di), *I confini della salute. Paradigmi da contestualizzare*, Franco Angeli, Milano 1989

Tognetti Bordogna M., *Nuovi scenari di salute. Per una sociologia della salute e della malattia*, Franco Angeli, Milano 2017

Tronto J.C., *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*, Routledge, New York 2006

Urbanos R., Puig-Junoy J., *Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014*, in “Gaceta Sanitaria” 28, S1, 2014, pp. 81–88

Urso S. (a cura di), *Radiografia di una scienza. La storia della medicina e la sua percezione pubblica*, in “Zapruder”, 6, gennaio-aprile 2005

Valeriano A., *Malacarne. Donne e manicomio nell’Italia fascista*, Donzelli 2017

Vianello F.A., *Migrando sole. Legami transnazionali tra Ucraina e Italia*, Franco Angeli, Milano 2009

Vicarelli G., *In nome della madre. Il difficile cammino delle donne medico in Italia tra costruzione della professione e nascita della pediatria*, in “Zapruder”, 5, dicembre 2004, pp. 47–63

Vidal C., *Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina - Community medicine: new approach to medicine* in “Educación médica y salud” 9, 1, 1975, pp. 11–46

Vuori H., *Health for All, Primary Health Care and General Practitioners* in “Journal of the Royal College of General Practitioner” 36, 290, 1986, pp. 398–402

Weber, M., *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen 1922, trad. it. *Economia e società*, 4 voll., Milano 1961

Wekker G., *White innocence*, Duke University Press, 2016

Wilkinson R. e Pickett K., *The spirit level. Why more equal society almost always do better*, 2009, trad. it. *La misura dell’anima. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*, Feltrinelli, Milano 2009

Zibechi R., *El Buen Vivir como el “otro mundo posible”* in “La quinta pata”, 6 marzo 2011

Ziglio E., Lirussi F., *Promuovere la salute della popolazione e ridurre le disuguaglianze attraverso i determinanti sociali della salute*, in “Salute internazionale”, 16 aprile 2015

Sitografia

Act Up!	http://www.actupny.org
Agenzia di Salute Pubblica Barcellona	https://www.aspb.cat
AgenPress	https://www.agenpress.it
Area Metropolitana Barcellona	http://www.amb.cat/es
Associazione Rosa Luxemburg - Bruxelles	https://www.rosalux.eu
Associazioni Poble Sec	http://www.poblesec.entitatsbcn.net
Azienda USL Romagna	http://sociale.regione.emilia-romagna.it
Bollettino Ufficiale dello Stato - Spagna	https://www.boe.es
Centro Salute Globale	http://www.centrosaluteglobale.eu
Centro Servizi Volontariato Napoli	http://www.csvnapoli.it
CIC - Cooperativa Integrale Catalana	https://cooperativa.cat
Comune di Barcellona	http://w110.bcn.cat
Confesercenti	http://www.confesercenti.it
Cooperativa Iside	http://antiviolenza.isidecoop.com
Costituzionalismo – blog tematico	http://www.costituzionalismo.it
El Pais	https://elpais.com
Emergency	https://www.emergency.it
Gazzetta Ufficiale - Italia	http://www.gazzettaufficiale.it
Healt Network Europeo	http://europe-health-network.net
Health Canada	http://www.hc-sc.gc.ca
Health is not for sale – blog tematico	http://www.health-is-not-for-sale.org
Istituto Catalano di Salute	http://catsalut.gencat.cat
La città futura	https://www.lacittafutura.it
Madrigale per Lucia – blog tematico	http://www.madrigaleperlucia.org
Marea Blanca Catalogna	http://www.mareablanca.cat

Medici senza frontiere	https://www.medicisenzafrontiere.it
Medicina Democratica	https://www.medicinademocratica.org
Ministero della Salute	http://www.salute.gov.it
Mutuo Soccorso Napoli	http://www.mutuosoccorsonapoli.org
Napoli Monitor	http://napolimonitor.it
Non una di meno	https://nonunadimeno.files.wordpress.com
Organizzazione Mondiale della Sanità	http://www.who.int
Oxfam International	https://www.oxfamitalia.org
PHM Italia - Gruppo	https://gruppaphm.noblogs.org
PHM Movimento per la salute dei popoli	https://phmovement.org
Piano comunitario Poble Sec	http://pcpoble-sec.org
Precaria – blog tematico	http://www.precaria.org
Psicologas y Psicólogos sin fronteras	http://www.psicologossinfronteras.org
Psicólogos sin fronteras	http://www.psicologossinfronteras.org
Quotidiano ABC	https://www.abc.es
Quotidiano El Periodico	https://www.elperiodico.com
Quotidiano La Vanguardia	https://www.lavanguardia.com
RedCAPS, Rete donne operatrici della salute	http://www.caps.cat/redcaps.html
Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale - RIISG	http://www.educationglobalhealth.eu/it/
Rete Zapatista – Messico	http://enlacezapatista.ezln.org.mx
Revolucion integral	http://integrarevolucio.net
Rivista “Mujer y salud”	http://matriz.net
Rivista L’Espresso	http://espresso.repubblica.it
Salute Internazionale – blog tematico	http://www.saluteinternazionale.info
Social Clinic of Solidarity – Salonicco	http://www.kiathess.gr/en

Società Italiana di Medicina delle
Migrazioni

<https://www.simmweb.it>

Società spagnola di salute pubblica

<http://sespas.es>

Sostenibilità e salute – blog tematico

<http://www.sostenibilitaesalute.org>

Tavolo di difesa della sanità pubblica

<https://mesaendefensasanidadpublica.wordpress.com>